

TD

**Indicadores Psicológicos e de Qualidade de Vida
de Pacientes em Contexto Hospitalar**
Um contributo para o trabalho de equipa
na psicologia da saúde

TESE DOUTORAMENTO

Fátima Liliana Gouveia Roque
DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

setembro | 2014



UNIVERSIDADE da MADEIRA

Defendida em 01/06/2015

T/D

159.9

ROQ Incl

**Indicadores Psicológicos e de Qualidade de Vida
de Pacientes em Contexto Hospitalar**
Um contributo para o trabalho de equipa
na psicologia da saúde

TESE DOUTORAMENTO

Fátima Liliana Gouveia Roque

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

ORIENTADOR

Maria Luísa Pereira Soares

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que, de forma direta e/ou indireta, contribuíram para a realização da presente tese de doutoramento.

Gostaria no entanto, de particularizar a contribuição de alguns destes intervenientes pois entendo que assumiram um papel de destaque ao longo do processo de realização da mesma.

Neste sentido, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Luísa Soares, pela orientação atenta e cuidada, pela partilha, paciência, compreensão e disponibilidade em incentivar.

À equipa do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Central do Funchal, pela colaboração e apoio constantes.

Ao Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. por me ter permitido a realização do estudo empírico descrito na tese.

À Dra. Mónica Fernandez que através do empenho facultado ao tratamento estatístico dos dados, facilitaram o processo de análise subsequente.

Agradeço igualmente à minha família e amigos.

RESUMO

A presente investigação intitulada, *Indicadores Psicológicos e de Qualidade de Vida de Pacientes no Contexto Hospitalar: Um Contributo Para o Trabalho de Equipa na Psicologia da Saúde* tem como principais objetivos, efetuar uma reflexão acerca: da evolução dos conceitos de *Saúde e Doença*, dos contributos da *Psicologia da Saúde*, especificando o trabalho do *Psicólogo em Contexto Hospitalar* e do *Processo de reabilitação da pessoa com incapacidade física adquirida*. Outra das finalidades da presente investigação é proceder a uma revisão bibliográfica acerca dos conceitos de *Qualidade de Vida (QV)*, *Sintomatologia Depressiva e Adesão aos Tratamentos*, bem como: 1) analisar os níveis de qualidade de vida de 172 utentes de um Serviço de Medicina Física e Reabilitação; 2) explorar a presença de sintomatologia depressiva na amostra; 3) analisar a adesão destes mesmos utentes à medicação prescrita para a sua doença; 4) avaliar o impacto do grau de sintomatologia depressiva na *QV* dos sujeitos; 5) Perceber quais os principais motivos que levam o Médico Fisiatra a encaminhar utentes para as consultas de psicologia.

O hospital é um dos contextos em que os Psicólogos podem desenvolver as suas competências. O Psicólogo que exerce a sua profissão em contexto hospitalar fá-lo numa equipa multidisciplinar. O papel primordial do psicólogo na equipa de trabalho é o de ser um generalista que é responsável pela contextualização do problema, quer ao nível das questões psicológicas e psicossociais quer ao nível do problema de saúde. Um dos serviços hospitalares em que é essencial a colaboração do *Psicólogo* é a Medicina Física e Reabilitação. Porém, existe escassa literatura científica relativa ao

acompanhamento psicológico de indivíduos com défices físicos e incapacidades adquiridas.

Palavras-chave: Saúde, Doença, Psicólogo, Hospital, Trabalho em Equipa.

ABSTRACT

The present investigation entitled, *Psychological Indicators and the Quality of Life in a Health Care Environment: A Contribution towards Teamwork in Health Psychology*, had as main objectives: make a theoretical reflection on the changing concepts of health and disease, the importance of health psychology, specifying psychologists work in hospital and the process of rehabilitation of people with acquired physical disability. Other purposes of this research are a bibliographical review about concepts such as QOL, depressive symptoms and medication adherence, as well: 1) to analyze the levels of patient's Quality of Life in a hospital service; 2) to explore the presence of Depressive Symptomatology in the sample; 3) to analyze the adherence of patients towards Prescribed Medication for their disease and finally, 4) to evaluate the degree of impact of Depressive Symptomatology in the subject's Quality of Life; 5) Realize what are the main reasons that psychiatrist use refer patients for psychologist.

The hospital is one of the contexts in which psychologists can develop their skills. The psychologist who pursues his profession in the hospital setting makes it a multidisciplinary team. The primary role of psychologists in teamwork is to be a generalist who is responsible for the contextualization of the problema One of the hospital services that is essential collaboration of psychologists is Physical Medicine and Rehabilitation. However, there is scant literature on the psychological care of individuals with physical disabilities and acquired deficits.

Key-words: Health, illness, psychologist, hospital, teamwork.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I - SAÚDE E DOENÇA	14
1.1 Definição de Saúde.....	18
1.2 Saúde Física e Saúde Mental.....	20
1.3 Qual o significado de Ser Saudável?.....	22
1.4 O que significa estar doente?	25
1.5 Considerações Finais.....	30
CAPÍTULO II - PSICOLOGIA DA SAÚDE	32
2.1 Psicologia da Saúde Surgimento	34
2.2 Psicologia Clínica da Saúde	38
2.3 Contribuição da psicologia da saúde para a psicologia clínica tradicional.....	42
2.4 Bem-estar em Psicologia da Saúde	44
2.5 A formação em psicologia da saúde.....	49
2.6 Psicólogos da saúde: atividades clínicas, investigação, carreira profissional e psicologia nos cuidados de saúde primários	50
2.6.1 Atividades Clínicas.....	52
2.6.2 Investigação	54
2.6.3 Carreira Profissional	56
2.6.4 Psicologia nos cuidados de saúde primários.....	58
2.7 Considerações Finais.....	60
CAPÍTULO III - O PSICÓLOGO NOS CUIDADOS HOSPITALARES	64
3.1 A importância das estratégias de <i>coping</i> na doença.....	65

3.2	Questões Hospitalares: Quem é o paciente; tempo de intervenção; aspectos a considerar acerca da doença; contexto social, familiar e cultural do doente e importância da adesão ao tratamento	71
3.2.1	Quem é o Paciente	73
3.2.2	Tempo de intervenção	74
3.2.3	Aspetos a considerar acerca da doença.....	75
3.2.4	Contexto social, familiar e cultural do paciente	77
3.2.5	A importância da adesão ao tratamento.....	79
3.3	Trabalhar em Equipa	80
3.4	Referenciação dos utentes para o psicólogo.....	83
3.5	Funções do Psicólogo em Contexto Hospitalar – Áreas de intervenção clássicas	86
3.5.1	Preparação para a cirurgia e para procedimentos médicos stressantes.....	87
3.5.2	Controlo da dor aguda no hospital.....	88
3.5.3	Aumentar a adesão.....	88
3.5.4	Trabalhar com doentes terminais: dar más notícias	91
3.5.5	Ajudar doentes terminais	92
3.6	Considerações Finais.....	93

CAPÍTULO IV - O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM INCAPACIDADE FÍSICA ADQUIRIDA..... 98

4.1	Incapacidade Física Adquirida.....	100
4.2	A Reabilitação.....	102
4.2.1	Constituição da equipa de trabalho dos serviços de Medicina Física e Reabilitação	106
4.2.2	Modelos de intervenção vocacionados para a população com incapacidades físicas adquiridas.....	108
4.3	Intervenção do Psicólogo na Incapacidade Física Adquirida	112
4.3.1	O luto e a depressão.....	115

4.4	Considerações Finais.....	117
-----	---------------------------	-----

CAPÍTULO V - QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO

	TRATAMENTO	122
5.1	Qualidade de Vida.....	122
5.1.1	Aspetos históricos do conceito de <i>QV</i>	124
5.1.2	A <i>QV</i> em geral	126
5.1.3	Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde	127
5.1.4	Definição de Qualidade de Vida.....	128
5.1.5	<i>QV</i> : Autoadministração, Variação Temporal, Subjetividade e Multifactorialidade	131
5.1.6	Modelos de <i>QV</i>	133
5.1.7	Avaliar a <i>QV</i>	135
5.1.8	Instrumentos medidas de <i>QV</i>	137
5.2	Depressão.....	142
5.3	<i>QV</i> e Depressão.....	145
5.4	Adesão ao Tratamento	147
5.4.1	Estudos sobre a adesão	150
5.4.2	Deveremos aumentar a adesão?.....	158

CAPÍTULO VI – ESTUDO: INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ADESÃO AO TRATAMENTO DE UMA AMOSTRA DE UTENTES COM INCAPACIDADE FÍSICA ADQUIRIDA

	UTENTES COM INCAPACIDADE FÍSICA ADQUIRIDA	160
6.1	Metodologia.....	160
6.1.1	Objetivos do Estudo	160
6.1.2	Variáveis em estudo.....	161
6.1.3	Hipóteses	161
6.1.4	População e amostra	162
6.1.5	Procedimentos	166

6.1.6	Breve Descrição dos Instrumentos	167
6.2	Resultados.....	171
6.3	Discussão dos resultados e linhas futuras de investigação.....	193
CONCLUSÕES GERAIS		200
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		204
ANEXOS.....		228
	Anexo 1 - Declaração de Consentimento Informado.....	228
	Anexo 2- Pedido de Autorização para a realização do Estudo ao SESARAM, E.P.E.....	229
	Anexo 3- Autorização do Conselho de Administração do SESARAM, E.P.E para a realização do estudo.....	230
	Anexo 4- Caracterização do Projeto.....	231
	Anexo 5- Medida de Adesão aos Tratamentos (Delgado & Lima, 2001).....	234
	Anexo 6- Gráficos de análise acerca do impacto do grau de sintomatologia depressiva na qualidade de vida e percepção geral da saúde	235
	Anexo 7 - Tabela de Categorização de Motivos para Referenciação de utentes Médico-Psicólogo.....	238

INTRODUÇÃO

É do senso comum encarar a *doença* e a *saúde* como um estado de desconforto físico. Porém, perspectivas redutoras como esta fizeram com que investigadores e profissionais da área da saúde não atribuíssem a devida importância a componentes emocionais e sociais que interferem com a saúde e doença. Acrescenta-se ainda que num passado não muito longínquo a doença era definida como "ausência de saúde", e, por sua vez, a saúde definida como "ausência de doença".

Através da evolução dos tempos surgiram definições mais flexíveis quer de saúde quer de doença. Estas novas definições passaram a considerar a possível interferência de factores psicológicos e sociais, para além de factores biológicos (Albuquerque & Oliveira, 2002). Para a Organização Mundial de Saúde (*OMS*) (1948), o conceito de *Saúde*, pode ser definido como “um sentimento bem-estar físico, social e psicológico, e não apenas a ausência de doença” (p. 29, Simões, 2006).

Pelo descrito, Gestores, Administradores e responsáveis pela Saúde Pública começaram a ficar consciencializados para a necessidade de introduzir aos contextos de saúde profissionais que tivessem como foco direto as variáveis psicossociais. Desta forma, pode ser considerado um marco histórico de grande relevo, o fato da Psicologia passar a ser considerada uma ciência da saúde.

Os Psicólogos que focalizam a sua atenção para a forma como os factores biológicos, psicológicos e sociais influenciam a saúde e a doença são chamados, Psicólogos da Saúde.

A *Psicologia da Saúde* consiste na aplicação de conhecimentos e de técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Ogden, 2004). Assume-se como finalidade principal desta área, compreender como é possível, por meio de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos portadores de problemas de saúde (Pereira, 2009).

Os Psicólogos da Saúde podem exercer a sua profissão em diversas áreas de intervenção, nomeadamente, em contexto hospitalar.

O *Hospital* é uma instituição complexa, que envolve um grande número de especialidades. A crescente inserção do Psicólogo em equipas de saúde é hoje um fato reconhecido (LoBianco, Bastos, Nunes, & Silva, 1994). Os Psicólogos têm participado mais ativamente na definição de condutas e tratamentos (Romano, 1999). O papel primordial do Psicólogo na equipa de trabalho é o de ser um generalista que é responsável pela contextualização do problema.

O Psicólogo que trabalha em instituições hospitalares pode ser integrado em diferentes serviços e unidades. Uma das áreas em que é reconhecida como importante a intervenção deste profissional é a *Incapacidade Física Adquirida*. Porém, a literatura científica relativa ao acompanhamento psicológico de indivíduos com défices físicos e incapacidades adquiridas é, na verdade muito escassa.

Quando um Psicólogo intervém num serviço de medicina física e reabilitação, deve estar atento a uma panóplia de variáveis que advêm do fato de se estar doente. Dessas variáveis pode-se destacar a possibilidade da presença de níveis significativos de tristeza, baixa adesão à terapêutica prescrita (farmacológica ou tratamentos) e decréscimo na Qualidade de Vida (*QV*), visto influenciarem na recuperação em várias doenças.

A *QV* percebida pelo utente é uma questão essencial para os profissionais de ajuda. É aceite como sendo uma prática desumana, redutora e simplista o foco exclusivo em variáveis como a duração da vida. Desta forma, verifica-se que Enfermeiros, Médicos, Auxiliares de Ação Médica, Psicólogos, Técnicos Superiores de Serviço Social, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala, Fisioterapeutas, Diretores, Administradores e Gestores Hospitalares, entre outros, veem, atualmente, a existência de *QV* como uma variável essencial para a promoção, prevenção e melhoria do estado de morbidade dos utentes.

Ainda em relação a este assunto, a *OMS* definiu *QV* como a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 20, WHOQOLGroup, 1994). Contudo, é de salientar que a *QV* nem sempre foi vista como um factor a ter em consideração pelos profissionais que trabalham em contextos de saúde. Esta importante mudança de paradigma resulta de um conjunto de pressões relacionadas primeiro, com a alteração da definição do conceito de saúde; em segundo, com a crescente importância dada a um conjunto de práticas médicas que visam oferecer dignidade e diminuir o sofrimento em doentes terminais ou em estágio avançado de determinada doença e, por fim, com o envelhecimento demográfico.

Nesta linha de ideias, a presente tese intitulada, *Indicadores Psicológicos e de Qualidade de Vida de Pacientes em Contexto Hospitalar: Um contributo para o trabalho de equipa na psicologia da saúde* surgiu da vontade de contribuir para uma reflexão mais aprofundada e construção de novos conhecimentos acerca da problemática visada.

De forma a alcançar o descrito assumem-se como principais objetivos da presente investigação expor: uma reflexão acerca da evolução dos conceitos de saúde e doença, da importância da psicologia da saúde, especificando o trabalho do psicólogo em contexto hospitalar e do processo de reabilitação da pessoa com incapacidade física adquirida. Outras finalidades do estudo são efetuar uma revisão bibliográfica acerca dos conceitos como *QV*, sintomatologia depressiva e adesão à medicação, bem como: 1) analisar os níveis de *QV* de 172 utentes de um serviço de medicina física e reabilitação; 2) explorar a presença de sintomatologia depressiva na amostra; 3) analisar a adesão destes mesmos utentes à medicação prescrita para a sua doença; 4) avaliar o impacto do grau de sintomatologia depressiva na *QV* dos sujeitos e, 5) perceber quais os principais motivos que levam o Médico Fisiatra a encaminhar utentes para a consulta de psicologia.

A tese encontra-se dividida em seis capítulos, cinco dos quais de natureza expositiva e reflexiva e um de índole prática. No primeiro capítulo, *Saúde e Doença*, é apresentada a evolução dos conceitos de saúde e doença; procede-se a uma distinção entre os conceitos de saúde mental e física; é exposta uma reflexão acerca dos significados de ser saudável e de ser doente e são debatidas algumas questões sobre as problemáticas apresentadas.

O segundo capítulo intitulado, *Psicologia da Saúde*, tem como objetivo discutir diversos aspetos relacionados com esta área e realizar uma reflexão acerca do papel do Psicólogo na psicologia da saúde.

No terceiro capítulo, *O Psicólogo nos Cuidados Hospitalares*, reflete-se acerca de diversas questões inerentes ao trabalhar em contexto hospitalar e procede-se a uma breve ponderação acerca do custo-efetivo das intervenções psicológicas.

Por sua vez, no quarto capítulo, *O processo de reabilitação da pessoa com incapacidade física adquirida*, são expostos e refletidos alguns conteúdos inerentes a esta problemática.

Já no quinto capítulo da tese, pretende-se enquadrar os conceitos de *QV*, *Depressão e Adesão à Medicação*.

Por fim, no último capítulo expõe-se a metodologia efetuada bem como os principais resultados encontrados no estudo, Indicadores de *QV*, sintomatologia depressiva e adesão ao tratamento de uma amostra de utentes com incapacidade física adquirida. No final da tese são apresentadas algumas conclusões gerais e propostas de linhas para investigações futuras.

CAPÍTULO I- SAÚDE E DOENÇA

Os conceitos de *Saúde e Doença* não podem ser considerados conceitos fixos e imutáveis (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Num passado não muito longínquo a doença era definida como "ausência de saúde", e, por sua vez, a saúde definida como "ausência de doença". É do senso comum encarar a doença e a saúde como um estado de desconforto físico. Perspectivas redutoras como estas fizeram com que os investigadores da área e profissionais de saúde não tivessem em conta componentes emocionais e sociais da saúde e da doença (Bolander,1998). Entretanto, surgiram definições mais flexíveis quer de saúde quer de doença que consideraram a existência de factores psicológicos, sociais e biológicos na saúde e na doença (Albuquerque & Oliveira, 2002).

A distinção entre estes dois conceitos tem sido abordada ao longo dos tempos por pensadores cientistas. Convém realçar que todas as abordagens que vão surgindo estão contextualizadas numa determinada época e cultura.

São expostas seguidamente duas abordagens acerca dos conceitos saúde e doença que têm marcado o percurso da medicina. A conceção fisiológica teve como seu precursor Hipócrates. Este médico grego mencionava que as doenças surgem a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que se encontram dentro e fora da pessoa (Myers e Benson, 1992). Esta abordagem médica procura interpretar o paciente, como um todo. Desta forma, não liga a doença a perturbações de órgãos corporais particulares.

A segunda concepção, denominada, concepção ontológica, explica que a doença é uma "entidade" exterior ao organismo (Albuquerque & Oliveira, 2002). A concepção ontológica está associada a uma forma de medicina que dirige os seus esforços na classificação dos processos de doença e na elaboração de diagnósticos precisos. Segundo esta última concepção, a doença não tem relação com a personalidade, a constituição física ou o modo de vida da pessoa doente (Dubos,1980).

Podemos igualmente considerar quatro grandes períodos para descrever a evolução dos conceitos de saúde e de doença: um primeiro, período pré-cartesiano, até ao século XVII; um período de desenvolvimento do modelo biomédico, que surgiu com a implementação do pensamento científico e com a revolução industrial; a primeira revolução da saúde com o desenvolvimento da saúde pública, que começou a desenvolver-se no século XIX; finalmente, a segunda revolução da saúde, iniciada na década de setenta. (Ribeiro, 2009). De seguida descreve-se brevemente cada um destes quatro períodos.

No primeiro período, intitulado, pré-cartesiano a fonte de inspiração da ciência médica ocidental centrava-se na tradição hipocrática. O médico Hipócrates defendeu um conjunto de princípios teóricos e metodológicos que fizeram com que fosse considerado o "pai da medicina". O grande contributo de Hipócrates foi permitir que a medicina se afastasse do misticismo e do endeusamento, visto defender que as doenças não são causadas por demónios ou por deuses, mas por causas naturais que obedecem a leis também naturais. Com base nesta ideia propôs que os procedimentos terapêuticos se baseassem numa base racional. Outro grande contributo de Hipócrates foi considerar ainda que o bem-estar da pessoa era influenciado pelo seu ambiente (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Por esta altura, a saúde era sinónimo de mente sã em corpo são e só podia ser mantida se a pessoa seguisse um estilo de vida que estivesse em sintonia com as leis naturais. Acreditava-se que o corpo humano tinha a capacidade de se curar a si próprio em quase todas as circunstâncias (Noack,1987). Neste contexto, o médico devia respeitar um princípio fundamental no tratamento das doenças: primeiro, não fazer mal. Hipócrates realçou ainda a importância da relação médico-doente. Para este esta relação era relevante para o processo de cura (Albuquerque & Oliveira, 2002).

O segundo período para descrever a evolução dos conceitos de saúde e de doença foi denominado, período de desenvolvimento do modelo biomédico (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Os princípios teóricos do modelo biomédico atual baseiam-se na orientação científica do séc. XVII. Por esta altura, Galileu, Newton e Descartes defenderam os princípios básicos da ciência, também conhecidos por Modelo Cartesiano (Engel,1977). Este sistema de pensamento defendia que o universo era uma máquina que funcionava como um relógio, de acordo com as leis matemáticas. O modelo biomédico tradicional baseava-se, em grande parte, numa visão cartesiana do mundo e considera que a doença consiste numa avaria temporária ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes (Albuquerque & Oliveira, 2002).

O novo modelo, segundo Ribeiro (1993), levou a grandes progressos na teoria e na investigação. A prática e a investigação médicas baseavam-se fundamentalmente em três critérios: a) redução dos sistemas a pequenas partes, podendo cada uma delas ser considerada separadamente; b) o indivíduo, com as suas características singulares deixou de ser o centro da atenção médica, sendo substituído pelas características

universais de cada doença; e c) finalmente deixou-se de atribuir importância à influência dos factores ambientais na doença (Albuquerque & Oliveira, 2002).

A primeira revolução da saúde surgiu como uma ramificação do modelo biomédico que conduziu ao desenvolvimento das modernas medidas de saúde pública (Bolander,1998). Porém, como já foi referido, o modelo biomédico não considerava as representações que as pessoas fazem sobre o seu estado de saúde, ou seja, as avaliações subjetivas (Laderman,1987). Hoje sabe-se que estas avaliações têm uma influência marcante na evolução do estado de saúde. Diversos estudos têm demonstrado que as significações pessoais estão na base do bem-estar psicológico e na facilitação dos processos de promoção da saúde e de reabilitação (Antonovsky,1979; Aron e Aron,1987; Laderman,1987).

A expressão segunda revolução da saúde foi empregue por Richmond, em 1979, num relatório sobre a saúde dos americanos. Globalmente pode afirmar-se que o foco do modelo biomédico era a doença, que a primeira revolução da saúde se focaliza na prevenção da doença e que a segunda revolução da saúde se centra na saúde (Albuquerque & Oliveira, 2002).

A segunda revolução da saúde possibilitou que os profissionais da saúde e da doença percebessem a importância de alterar o estilo de vida da população. Além da mudança na etiologia da doença e mortalidade, outros factores contribuíram para a emergência de uma nova abordagem à saúde (Albuquerque & Oliveira, 2002). Ramos (1988) refere os seguintes factores: alterações demográficas, tais como, envelhecimento da população, diversificação da família e as migrações; revolução tecnológica, que, aumentou as possibilidades de intervenção na doença; aproximação dos serviços de saúde à comunidade; aumento do poder do consumidor que, tornando-se mais exigente

e com mais capacidade crítica, força os políticos a serem mais sensíveis à opinião pública (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Os conceitos da segunda revolução da saúde foram difundidos, primeiro por Lalonde, Richmond e pela OMS na declaração de Alma-Ata, em 1978. Por fim, estes pressupostos foram divulgados e implementados universalmente no documento Metas da Saúde para Todos, com edição original de 1984 e tradução portuguesa do Ministério da Saúde, de 1986 (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Por fim, apresentamos uma visão geral acerca da distinção dos conceitos de saúde e doença proposta por Radley (1994). Este autor enumera que a experiência que as pessoas têm da saúde e da doença envolve quer o contexto social quer o seu corpo; saúde e doença não são opostos; a doença é claramente um termo mais enraizado no nosso pensamento do que a saúde; frequentemente, consideramos apenas a importância da saúde quando estamos perante o aparecimento da doença e sujeitos a aplicações da clínica médica; há um sentimento geral de que, embora não nos possamos culpar pela doença, devemos corresponder o mais possível ao dever moral de permanecermos saudáveis; e, por fim, há diferenças nos depoimentos feitos acerca da saúde e da doença por membros de diferentes classes sociais (Paúl e Fonseca, 2001).

1.1. Definição de Saúde

A OMS define o conceito de Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades” (WHO, 1948, p. 2). Através desta definição consegue-se perceber, em primeiro lugar, que saúde não é definida pela ausência de doenças. Efetivamente, o que a definição realça é o lado

positivo da saúde, ou seja, o facto de ela consistir na integração das dimensões de três bem-estares: físico, mental e social. (Simões, 2006).

Na dimensão do bem-estar físico podemos incluir: a prevenção de doenças, a saúde reprodutiva, a alimentação saudável, o exercício físico e a prevenção do abuso de drogas. Por sua vez, o bem-estar mental implica o funcionamento eficaz de capacidades cognitivas, tais como a aprendizagem, a memória, as aptidões intelectuais; a prevenção do declínio das funções cognitivas; o equilíbrio da personalidade, através de um conceito de si positivo, uma autoestima elevada, autonomia e confiança, controlo das emoções, de estar dotado de estratégias coping eficazes, de se ser capaz de prevenir afeições psiquiátricas, como, por exemplo, a ansiedade e a depressão. E, por fim, o bem-estar social integra a capacidade de interagir com os outros, o estabelecimento de uma rede de relações e apoios, com base na família, nos amigos, na comunidade, a capacidade de ser competente no trabalho e de aproveitar os tempos livres (Simões, 2006).

Chatterji, Ustun, Sadana, Mathers e Murria (2002), esclarecem ainda que esta definição da OMS dá mais atenção aos estados de saúde em vez das categorias de doenças que ocupam um lugar dominante ou exclusivo nas estatísticas de saúde. A definição coloca a saúde num contexto alargado de bem-estar humano em geral. Os autores clarificam que esta definição iguala a saúde a três domínios de bem-estar, ou seja, via a saúde como um pré-requisito para o bem-estar completo e, assim, parece ser mais um ideal a que se aspira do que a descrição de um estado. Desta forma, apesar de ser aceite pela comunidade científica em geral, não é suficiente para desenvolver indicadores operacionais de saúde.

Ribeiro (2009) que o constructo de saúde por ser um ideal, não era aplicado na prática diária em contextos tradicionais de doença, de planificação e de organização de programas de saúde.

Esta situação continuou a ser vigente até à década de setenta do século passado quando se adotou uma perspetiva global de saúde integrando promoção e proteção da saúde e prevenção e tratamento de doenças num bloco indissociável, ao contrário do que acontecia antes que se focava no tratamento e esporadicamente se atendia à prevenção das doenças (Ribeiro, 2009).

1.2. Saúde Física e Saúde Mental

A saúde física engloba a condição geral do corpo em relação a doenças e ao vigor físico. Para uma pessoa ser considerada saudável, ela não deve ter doenças e possuir um metabolismo que apresente um bom funcionamento. Costumam distinguir-se duas espécies de doenças: as crónicas e as agudas. Estas últimas são afeções passageiras, tais como a influenza (gripe), a parotidite (trasorelho), o sarampo ou a constipação. Ao contrário do se passa com as doenças crónicas, isto é, com as afeções duradouras a longo termo, ou permanentes. Figuram, entre elas as doenças do coração, a trombose, a hipertensão, o cancro, a diabetes e a artrite (Simões, 2006).

Segundo a OMS, a saúde mental é definida como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (WHO, 1995). A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais,

disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, como por exemplo, a esquizofrenia e a depressão (Simões, 2006).

A *OMS* afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (WHO, 1995).

O nosso corpo é constituído pelo corpo e mente, e cada uma destas componentes tem necessidades próprias, que devem ser colmatadas para termos uma vida equilibrada e estabilizada. O desequilíbrio de uma delas acarreta o mau funcionamento geral desse organismo.

Em suma, a saúde mental e a saúde física estão interligadas e são interdependentes, tornando-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos. Uma boa qualidade de vida depende destes dois fatores e é um processo contínuo e consciente do indivíduo no sentido de procurar gratificação nas suas atividades, comportamentos e pensamentos positivos. A saúde física e mental mantém uma relação de reciprocidade, estão interligados e são interdependentes.

1.3. Qual o significado de Ser Saudável?

A vivência da saúde é um fenómeno fortemente influenciado pela cultura, que começa com a deteção de sintomas. Desde logo, as condições do ambiente físico variam de contexto para contexto, favorecendo ou não a atenção que damos ao corpo e aos seus sinais. A estas condições do meio ambiente juntamos o estilo de vida, o trabalho e um conjunto de factores relacionais que nos despertam para a observação cuidada do corpo. Em suma, a cultura dá-nos teorias implícitas para a interpretação dos sinais e respetiva valorização. (Paúl e Fonseca, 2001).

Para a maioria das pessoas que vivem no mundo ocidental, ser saudável é ser normal, isto é, a maioria das pessoas é saudável durante a maior parte do tempo. Assim, as crenças sobre o estar doente existem no contexto das crenças sobre o ser saudável. Por exemplo, a doença significa sentirmo-nos diferentes do habitual.

Como já foi referido anteriormente, a OMS (1948) definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social. Esta definição apresenta uma vasta visão multidimensional de saúde que se afasta da tradicional ênfase médica apenas na saúde física. Esta definição surgiu nos últimos anos através de vários estudos qualitativos que fizeram junto de leigos, onde era questionado o seguinte: O que significa ser saudável?

Vários estudiosos ao longo dos tempos procuraram igualmente explorar as crenças acerca da saúde. Helman (1978) explorou em que medida as crenças inerentes à teoria humoral do século XVIII sobreviveram paralelamente à medicina convencional, focalizando-se, mais especificamente, no ditado “dá de comer às constipações e mata a febre à fome”. Este estudioso defendeu que os constructos leigos poderiam conceptualizar-se de acordo com as dimensões “quente/frio” e “molhado/seco”. Por

exemplo, problemas de pulmões seriam considerados “quentes/secos” (febre, rubor da face, garganta seca, tosse sem expectoração) ou “frios/molhados” (frio, tremores, calafrios, mal-estar, vagas dores musculares).

Herzlich (1973) foi uma das pioneiras a aplicar o quadro conceptual da representação social ao estudo da saúde. Esta autora elaborou entrevistas não estruturadas a oitenta adultos franceses sobre as suas interpretações de saúde e doença. Concluiu que a saúde era muitas vezes tomada como dado adquirido e só era considerada quando equiparada à doença. Conclui que as representações destes sujeitos se centravam na saúde como estado de equilíbrio dos vários aspetos do indivíduo, tais como: o bem-estar físico e psicológico, a capacidade de manter a calma, a ausência de fadiga, a liberdade de movimentos, a eficácia da ação e a existência de uma boa rede de relações interpessoais.

Outro modo de categorizar os dados de Herzlich classifica a saúde como “ser”, “ter” e “fazer”. Assim, “Saúde como ser” diz respeito à ausência de doença, isto significa que uma pessoa é saudável se não é doente. Por sua vez, “Saúde como ter” menciona a saúde como um bem positivo, uma reserva a que podemos recorrer num momento de doença. Nesta categoria uma pessoa que se encontre temporariamente doente pode continuar a ser considerado saudável porque dispõe de uma reserva de saúde. Por fim, “Saúde como fazer” representa a capacidade funcional, ou seja, a capacidade para desenvolver tarefas e obrigações (Herzlich, 1973).

Herzlich percebeu ainda que os indivíduos da sua amostra tinham representações de doença que podiam ser classificadas em duas grandes dimensões: orgânica ou psicossocial. Esta autora também concluiu que só quando os componentes orgânicos interferiam na vida do indivíduo é que os sintomas de doença eram considerados como

tal. Assim, para a maioria das pessoas o critério fundamental para a doença é uma incapacidade para se envolver nas tarefas diárias. As pessoas reagem às ameaças à saúde de acordo com três concepções de doença: doença como destrutiva, como libertadora ou como uma ocupação. Aqueles que pensam na doença como sendo destrutiva consideram que ela é uma ameaça ao seu bem-estar social, visto as excluir da vida social. Aqueles que veem a sua doença como libertadora consideram-na uma boa razão para se afastar das solicitações excessivas que lhes são feitas. Aqueles que veem a sua doença como uma ocupação lutam contra ela. (Bennett, 2002).

Blaxter (1990) explorou as seguintes questões junto de noventa mil sujeitos: “o que leva a dizer que a pessoa é saudável?” e “quando está saudável, como é?” Foi efetuada uma análise detalhada dos resultados e concluiu-se que para alguns, saúde significa simplesmente não estar doente. Porém, para muitos a saúde era olhada em termos de reserva, uma vida saudável cheia de comportamentos de saúde, boa forma física, ter energia e vitalidade, boas relações interpessoais, ser capaz de funcionar com eficácia e uma expressão de bem-estar psicossocial.

Com este estudo Blaxter (1990) percebeu que os jovens do sexo masculino associavam a saúde a ser forte, ativo e à boa forma. Por outro lado, embora as jovens do sexo feminino considerassem importante a boa forma como um componente da saúde, estas percebiam a saúde como mais associada ao mundo social. Consideraram-se ainda bons indicadores de saúde o vigor e a vivacidade exemplificados por não se deixar ficar na cama e ter boas relações afetivas com a família e os amigos. Observou ainda que as concepções de saúde tornavam-se mais complexas para os homens e mulheres de meia-idade. Estes últimos realçaram o estado mais global que incluía o bem-estar mental e físico, que incluía aspetos como ser feliz, sentir-se calmo e viver em pleno. Porém, a ideia de vitalidade permanecia, mas, nos homens mais velhos, expressava-se no

entusiasmo pelo trabalho remunerado e nas mulheres na capacidade de manter a lida da casa (Bennett, 2002).

Calnan (1987) foi outro investigador que explorou as crenças de saúde femininas em Inglaterra. Chegou à conclusão que os modelos de saúde podiam ser conceptualizados em dois conjuntos de definições positivas e definições negativas. Dentro das definições positivas incluímos o ser energético, fazer muito exercício, sentir-se em forma, comer adequadamente, ter o peso certo, ter uma visão positiva e boa vida/casamento. Por sua vez, as definições negativas incluíam não ter tosse e constipações, só ter estado uma vez de cama e fazer as consultas de rotina.

Lau (1995) verificou que, quando era pedido a adultos jovens e saudáveis para indicarem por palavras suas o que significa para si ser saudável? as crenças de saúde poderiam ser agrupadas dentro das seguintes dimensões: fisiológica/física (boa condição física e ter energia); psicológica (ser feliz, energético, sentir-se bem psicologicamente; comportamental (comer, dormir bem); consequências futuras (viver mais tempo) e ausência de não estar doente (nenhuma doença e sem sintomas). Este autor afirmou que a maioria das pessoas parece ter uma definição positiva de saúde e que esta inclui mais do que simples factores físicos e psicológicos.

1.4. O que significa estar doente?

No que respeita às representações acerca da doença, os esquemas cognitivos das pessoas representam a compreensão global que têm acerca dos seus sintomas ou de uma determinada doença. As representações de doença incluem informação acerca da

identidade da doença em questão, dos seus sintomas, das suas potenciais causas, da sua provável duração e evolução no tempo e do seu prognóstico. (Pereira & Silva, 2002).

O comportamento de doença é uma resposta aprendida em sociedade. Isto significa que as pessoas respondem aos sintomas de acordo com as suas próprias definições da situação. Essas definições são influenciadas pela sociedade, ou seja, moldadas pela aprendizagem, socialização e experiências passadas (Paúl e Fonseca, 2002).

Ao longo do processo da experiência de estar doente, o sujeito passa, por cinco estádios: primeiro, experimenta os sintomas; de seguida, assume o papel de doente; contacta o médico; assume o papel de paciente-dependente e, por fim, recupera e reabilita-se (Suchman, 1965).

No estudo de Lau (1995), referido no ponto 1.3., este perguntou aos jovens adultos: O que significa estar doente? As respostas indicaram algumas das dimensões que estes usam para caracterizar a doença: não se sentir normal (“não me estou a sentir bem”); sintomas específicos (fisiológicos e psicológicos); doenças específicas (cancro, constipação, depressão); consequências da doença (“não consigo fazer o que costumo fazer”); dimensão temporal (quanto tempo vão durar os sintomas) e a ausência de saúde (não se sentir saudável). Estas dimensões acerca do que significa estar doente têm sido descritas no contexto das cognições de doença.

Leventhal, Benyamin e Brownlee (1997) e Leventhal e Nerenz (1985) definiram o conceito de cognições de doença como “crenças implícitas do senso comum que o paciente tem sobre as suas doenças”. Através de entrevistas com sujeitos que sofriam de diversas doenças, Leventhal e colaboradores (1997) indicaram cinco dimensões cognitivas destas crenças, a saber:

- 1) **Identidade:** refere-se ao diagnóstico dado à doença e aos sintomas sentidos;
- 2) **Causa percebida da doença:** as causas podem ser biológicas (vírus ou lesões) ou psicossociais (stress ou comportamentos ligados à saúde). Além disso, os pacientes podem ter representações da doença que refletem diversos modelos causais;
- 3) **Dimensão temporal:** diz respeito às crenças do paciente relativas à duração da doença, isto é, se é aguda (de curta duração) ou crónica (de longa duração);
- 4) **Consequências:** são relativas às percepções dos pacientes acerca dos possíveis efeitos da doença no seu dia a dia. Tais consequências podem ser de diferentes índoles, mais especificamente, físicas (dor, falta de mobilidade), emocionais (perda do contacto social, isolamento) ou uma combinação destes factores;
- 5) **Possibilidade de cura e controlo da doença:** os pacientes também descrevem as doenças em termos de acreditarem ou não, que ela possa ser tratada e curada. Descrevem igualmente em que medida é que as consequências das doenças podem ser controláveis pelos próprios ou por entidades superiores.

Leventhal e colaboradores (1997) integraram a sua descrição de cognições de doença no modelo de autorregulação do comportamento de doença. Este modelo baseia-se em abordagens de resolução de problemas. Tem como principal pressuposto que os indivíduos lidam com as doenças e sintomas da mesma forma que fazem com outros problemas. Este modelo assume ainda que, perante um dado problema ou uma mudança no estado da pessoa, este ficará motivado para resolver o problema e restabelecer o seu estado de normalidade.

Os modelos tradicionais descrevem a resolução de problemas em três fases essenciais: primeiro, ocorre a interpretação, ou seja, torna-se o problema compreensível;

em seguida são aplicadas estratégias de coping, com o objetivo de se chegar a um estado de equilíbrio); e, por fim, pondera-se uma avaliação de forma a se estimar quanto a fase de coping foi bem-sucedida. De acordo com os modelos de resolução de problemas, estas três fases continuarão a ser aplicadas até que as estratégias de coping sejam bem-sucedidas e o estado de equilíbrio seja atingido (Ogden, 2004).

Em suma, se o ser saudável é o estado normal do indivíduo, então qualquer início de uma doença será interpretado como um problema e o indivíduo estará motivado para restabelecer o seu estado de saúde, visto que, o estar doente não é o seu estado normal (Bennett, 2002; Ogden, 2004)

As fases do modelo de autorregulação têm sido aplicadas à saúde por meio do modelo de autorregulação do comportamento de doença do seguinte modo. Este processo é visto como autorregulador porque as três componentes do modelo (interpretação, estratégias de coping e ponderação) estão relacionadas. Deste modo, se o estado normal de uma pessoa, a saúde, é perturbado pela doença, o modelo defende que há motivação para voltar ao equilíbrio (Ogden, 2004).

Turk, Rudy e Salovey (1986) identificaram quatro dimensões nas representações acerca da doença: gravidade, responsabilidade pessoal nas causas, controlabilidade e evolução. Estes autores referem que estas dimensões, ao contrário, das dimensões identificadas por Leventhal representam uma avaliação mais emocional da doença.

Lau e Hartman (1983) identificaram por sua vez um outro factor: o da curabilidade. Entre os estudiosos, há um no sentido de que as cinco dimensões formam a base de uma compreensão mais exaustiva da maioria das doenças, desde a constipação comum a estados crónicos graves, como a doença coronária e o cancro. Em suma, estes

cinco estádios são os seguintes: identidade da doença, consequências, causas, evolução, cura/controlo da doença.

Nerenz e Leventhal (1983) avisaram que nem sempre as representações de doença se encontram bem integradas na consciência das pessoas e que, em alguns casos, podem-se encontrar presentes apenas algumas destas dimensões.

Heijmans e DeRidder (1998) indicaram que as representações variam consoante as doenças. Por exemplo, pacientes com síndrome de fadiga crónica identificam um conjunto de quatro dimensões de representação: gravidade, causa, cronicidade e controlabilidade. Porém, mesmo quando um indivíduo inclui todas as dimensões na representação da doença, estas podem não ser consistentes.

Outro dado verificado por alguns autores é que as atribuições de stresse como causa de doença parecem generalizar-se a uma grande variedade de doenças e condições, incluindo a epilepsia, o cancro da mama e a artrite reumatóide (Bennett, 2002).

Fielding (1987), por exemplo, pediu a pacientes para identificarem factores que, na sua opinião, tivessem contribuído para o enfarte do miocárdio. As explicações mais comuns foram: stresse, preocupação e tensão. Outras explicações médicas já validadas tais como fumar ou colesterol elevado eram pouco referidas por pacientes que sofreram enfartes.

Estas atribuições podem ser defensivas, uma vez que parecem reduzir a responsabilização pessoal e atribuir o incidente a factores externos de curto prazo, que vão mudando ao longo do tempo (Fielding, 1987).

Taylor, Lichtman e Wood (1984) questionaram as mulheres com cancro da mama se tinham algum tipo de teoria acerca de como tinham desenvolvido a doença. É interessante perceber que noventa e cinco por cento das mulheres foram capazes de apresentar uma teoria de causalidade da doença. Estas teorias foram classificadas de acordo com seis categorias: stresse, referido por 41 % das mulheres; um carcinogéneo específico, 32%; hereditariedade, 26%; dieta, 17%; e pancada no peito, 17%.

Estes autores concluíram ainda que 56% das mulheres julgavam ter algum tipo de controlo sobre a doença e que 68% pensavam que outros tinham algum controlo sobre a doença (Bennett, 2002).

1.5. Considerações Finais

A doença é vista como uma reação complexa de factores psicológicos e fisiológicos. Sabe-se que a relação entre a mente e o corpo tem vindo a ser estudada desde a antiguidade. Por exemplo, essa relação foi detetada e estudada por Hipócrates, na Antiguidade. Por esta altura, saúde era sinónimo de mente sã em corpo são e só podia ser mantida se a pessoa seguisse um estilo de vida que estivesse em sintonia com as leis da natureza.

Porém, o modelo cartesiano conduziu uma visão redutora e linear acerca dos conceitos de mente e corpo. Assim, deixou-se de atribuir importância à influência dos factores ambientais.

A ideia de uma mente *descorporalizada* parece ter também moldado durante largos anos a forma peculiar como a medicina ocidental abordou o estudo e o tratamento

da doença (Damásio, 2000). Estes pressupostos cartesianos ainda se refletem nos dias de hoje. Por exemplo, o termo perturbação mental implica, infelizmente, uma distinção entre perturbações “mentais” e perturbações “físicas” que é uma herança reducionista do dualismo mente/corpo. Hoje sabe-se que há muito de “físico” nas perturbações “mentais” e muito de “mental” nas perturbações físicas.

Foi através da segunda revolução da saúde, que se abriram portas para se aceitar o facto de as perturbações psicológicas poderem provocar doenças no corpo. (Damásio, 2000).

Atualmente, a importância dos factores psicológicos na gestão da saúde tem sido crescente nas últimas décadas, nomeadamente no que se refere a questões relacionadas com a forma como os indivíduos pensam acerca da saúde e da doença.

A investigação na área da perceção da saúde e da doença tem duas origens distintas. No campo da saúde, estudos relacionados com a adopção de comportamentos preventivos, em populações -, ditas saudáveis, têm investigado o papel das cognições e crença na grande variação encontrada ao nível da adoção destes comportamentos. Por outro lado, o trabalho desenvolvido sobre a perceção da doença tem incidido sobre a forma como os indivíduos fazem sentido dos sintomas e de como estes orientam os mecanismos para lidar com as situações de ameaça ao estado de saúde, nomeadamente no que se refere à procura de cuidados e à adesão a regimes terapêuticos. Salienta-se assim a importância que as crenças de saúde têm para o comportamento no que se refere à vivência da doença. Estas crenças estão organizadas na memória sob a forma de modelos mentais, que estão por sua vez organizados em esquemas ou representações sobre a forma como uma doença pode afetar as funções corporais, o seu impacto no

quotidiano do indivíduo, e como se pode curar, e como proceder para restabelecer o estado de saúde (Croyle & Barger, 1993).

Estas representações desenvolvem-se a partir da exposição a um conjunto de fontes de caráter social e cultural, como por exemplo, a divulgação de notícias nos media, experiências pessoais com a doença, experiências indiretas com familiares e amigos, informação de relatos publicados em livros, filmes, documentários, ou outro tipo de experiências. Estas representações são extremamente importantes, porque elas orientam as reações individuais aos sintomas, aos diagnósticos, ou a outros tipos de informação relacionados com a doença. Os indivíduos desenvolvem as suas próprias ideias e teorias sobre a saúde e a doença, assim como a forma de se comportar perante diferentes situações neste âmbito.

A forma como os indivíduos conceptualizam as doenças é essencial para a compreensão do seu comportamento que é orientado pelas suas representações de doença. A experiência com a doença é, numa primeira fase, um processo subjetivo, privado e individual. O significado da doença influencia e é influenciado pelo contexto social, onde existem regras e crenças acerca do que é estar doente ou ser saudável.

CAPÍTULO II- PSICOLOGIA DA SAÚDE

Pode ser considerado um marco histórico de grande relevo, o fato da Psicologia passar a ser considerada uma ciência da saúde. Todavia, há já algum tempo que a Psicologia tem tomado como objecto de estudo, investigação e intervenção a Saúde (Leal, 2006).

A Psicologia da Saúde consiste na aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Ogden, 2004). Estuda o papel da psicologia como ciência e como profissão nas áreas da saúde, da doença e da própria prestação dos cuidados de saúde, focalizando nas experiências, comportamentos e interações. Não descarta a envolvência dos contextos sociais e culturais onde a saúde e as doenças ocorrem, uma vez que as significações e os discursos sobre a saúde e as doenças são diferentes consoante o estatuto socioeconómico, o género e a diversidade cultural (Pereira, 2009).

A Psicologia da Saúde atribui um papel fundamental à promoção e manutenção da saúde e à prevenção da doença. Esta ciência resulta das contribuições específicas de diversas áreas do conhecimento psicológico, nomeadamente, da psicologia clínica, da psicologia comunitária, da psicologia social e da psicobiologia (Simón, 1993).

Assume-se como finalidade principal da psicologia da saúde, compreender como é possível, por meio de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Pereira, 2009).

Os psicólogos que focalizam a sua atenção para a forma como os factores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença são chamados psicólogos da saúde.

Os psicólogos da saúde podem estar centrados na promoção da saúde e prevenção da doença, trabalhando com os factores psicológicos que fortalecem a saúde e que reduzem o risco de adoecer. Outros profissionais disponibilizam serviços clínicos a pessoas saudáveis ou doentes em diferentes contextos. Outros ainda estão envolvidos no ensino e formação, e na investigação (Pereira, 2009).

Existem atualmente inúmeras definições de Psicologia da Saúde. Porém, a clássica definição de Matarazzo continua a ser unanimemente aceite: “Psicologia da Saúde é o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento de doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde” (1984, p. 4).

2.1. Psicologia da Saúde Surgimento

Formalmente, a Psicologia da Saúde remonta à década de 1970 (Ribeiro, 2005). Por esta altura ocorreu uma mudança na maneira de conceptualizar o sistema de saúde em geral e o de cuidados de saúde em particular. Esta mudança ocorreu devido às críticas vigentes em relação ao modelo biomédico, dando origem ao que ficou conhecido por “segunda revolução da saúde”, já abordada no capítulo I (Engel, 1977; Michael, 1982; Ribeiro, 1994).

Em 1973, nos Estados Unidos da América, foi criada no seio da American Psychological Association (APA) uma task force on health research, com o objetivo de estudar “a natureza e a extensão da contribuição dos psicólogos para a investigação básica e aplicada sobre os aspectos comportamentais nas doenças físicas e na manutenção da saúde”. Na origem, a psicologia da saúde sugeria uma separação entre a área de prática e a da psicologia clínica. Em suma, entendia-se que a intervenção da psicologia clínica tendia a centrar-se na saúde mental e nas doenças mentais, enquanto o foco da psicologia da saúde se centraria em todas as outras (APA Task Force on Health Research, 1976, p. 263).

Ainda na década de setenta, mais precisamente em 1976, publicava-se um relatório sobre as relações entre a psicologia e os contextos tradicionais de saúde e doença, propondo orientações para esta área. Em 1978, surgiu a Divisão de Psicologia da Saúde da APA (Divisão 38), que, a partir de 1982, fez sair o primeiro número do seu periódico, denominado *Journal of Health Psychology* (Ribeiro, 2005). Convém realçar que um movimento semelhante ocorria igualmente na Europa. O Regional Office for Europe da Organização Mundial de Saúde, sediado em Copenhaga, publica em 1984 um documento da autoria da European Federation of Professional Psychologists Association, que esclarece a contribuição da psicologia para a saúde. Neste documento sugeria-se a inclusão dos problemas de saúde em geral e não somente a doença mental (Leal, 2006).

Uma das primeiras definições formais de psicologia da saúde foi proposta por Stone (1979) e refere que a psicologia da saúde é qualquer aplicação científica ou profissional de conceitos e métodos psicológicos a todas as situações próprias do campo da saúde, não apenas nos cuidados de saúde mas também na saúde pública, educação para a saúde, planificação da saúde, financiamento, legislação (Leal, 2006).

Uns anos mais tarde, Matarazzo apresentou uma definição que se tornou clássica (já referida anteriormente) e que acrescentou pouco ao que Stone já dissera, ou seja, que a psicologia da saúde se define como o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia com vista à promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde (Matarazzo, 1980). Esta última definição apresenta-se como muito abrangente, visto abranger tudo o que é possível fazer no sistema de saúde em geral.

A Conferência de Arden House propôs, posteriormente, uma declaração de consenso que afirma que “a psicologia da saúde é um campo genérico da psicologia, com o seu corpo próprio de teoria e conhecimento, que se diferencia de outros campos da psicologia” (Olbrisch & Levenson 1995, p. 240).

Em suma, pode-se concluir que uma das características marcantes da psicologia da saúde, para além de deslocar o seu interesse para aspectos de saúde e de doenças não mentais, é também, e talvez em primeiro lugar, a mudança da atenção do pólo “doença” para o pólo “saúde”, passando a considerar este pólo como objecto epistemológico diferente das doenças, com definição própria e métodos de intervenção e de avaliação específicos. Isto significa, que depois da década de setenta, o papel da psicologia na saúde e nas doenças ultrapassa muito o que tradicionalmente tendia a ser atribuído à psicologia, sobretudo o que tendia a ser denominado psicologia clínica (APA Task Force on Health Research, 1976; Albee, 1982; Delon, Pallak & Hefferman, 1982; Matarazzo, 1980, 1984; Miller, WHO, 1985).

A Psicologia da Saúde alastrou-se muito rapidamente nos Estados Unidos da América e no resto dos países desenvolvidos. Atualmente, salvo raras exceções, a prática da psicologia da saúde e da psicologia clínica não se diferencia, visto que, a psicologia neste universo desenvolve ações com “objetivos de saúde”, como dizia a OMS em 2000. Hoje fala-se em psicologia em contexto de saúde que engloba inúmeras áreas de intervenção e inúmeros contextos (Ribeiro, 2005).

Em Portugal, a psicologia da saúde trouxe igualmente uma contribuição à psicologia clínica enquanto psicologia profissional. Pelo facto da psicologia profissional denominada “psicologia clínica” só ter sido instituída e definida em 1994 (Leal, 2006).

Portugal dispõe de uma Sociedade de Psicologia da Saúde (SPPS) que se constituiu por escritura pública em 9 de Junho de 1995 na sequência da realização do primeiro congresso nacional de psicologia da saúde, evento que ocorreu em Lisboa em 1994 e foi organizado por iniciativa de investigadores e profissionais pertencentes a diversas associações profissionais e de ensino da Psicologia. Acrescenta-se ainda que a SPPS é uma Sociedade Científica, sem fins lucrativos, que tem por objetivos estatutários: a promoção e divulgação do exercício da psicologia da saúde, a investigação científica, a promoção de realizações científicas e a divulgação da psicologia da saúde (Leal, 2006).

2.2. Psicologia Clínica da Saúde

Quando em 1896 Lightner Witmer utilizou a expressão “psicologia clínica”, deu início a uma área de psicologia aplicada, por oposição à psicologia laboratorial que se praticava até então. A definição dos campos de psicologia aplicada foi sendo estabelecida ao longo do tempo. Esta psicologia aplicada no início não se distinguia entre o que se tornou depois psicologia educacional e psicologia clínica, no sentido de que tinha como objeto de intervenção as crianças com dificuldades na escola (Ribeiro, 2005).

Porém, o início da psicologia aplicada formal acabaria por ocorrer muitos anos depois, através de uma psicologia profissional. Mais especificamente, na psicologia clínica, que se tornou uma área vigorosa e ampla da psicologia aplicada, numa renovação constante que expressa o seu dinamismo (Leal, 2006).

A psicologia como profissão no campo da saúde está indissociavelmente ligada à psicologia clínica embora, a psicologia clínica na sua origem não tivesse a orientação que lhe é comumente dada. Por esta altura, Psicologia da Saúde apontava para uma separação entre esta área e a da Psicologia Clínica. Ou seja, entendia-se que a intervenção da Psicologia Clínica tendia a centrar-se na saúde mental e nas doenças mentais, enquanto o foco da Psicologia da Saúde centrar-se-ia na saúde física e em todas as outras doenças, que não as mentais (Leal, 2006).

Apesar desta situação de separação entre as duas áreas, haviam, por um lado, os médicos não – psiquiatras, que pediam ajuda para trabalhar com os seus utentes ao reconhecerem que uma parte importante dos problemas com que lidavam era de origem psicológica e reconhecia-se que uma parte importante dos problemas com que lidava o

médico não – psiquiatra eram de índole psicológica (Ribeiro & Leal, 1996). Por outro lado, observa-se que o desenvolvimento dos serviços de saúde implicava o confronto com situações de alteração ou perturbação na saúde que, comportando necessariamente respostas concomitantes num registo psicológico, nem por isso eram enquadráveis em categorias psicopatológicas e não podiam, por isso, ser tomadas como objeto de intervenção à parte. Bem pelo contrário, respostas depressivas ou de ansiedade, então como hoje, inscreviam-se, frequentemente, num quadro adaptativo fundamental à situação posterior do indivíduo em situação de doença (Ribeiro & Leal, 1996).

Acrescenta-se que a psicologia profissional que se pratica em contexto de saúde e de doenças, e que se designa por “psicologia clínica”, tem integrado, ao longo do seu desenvolvimento, um conjunto de evoluções resultantes de reorganizações históricas, científicas, políticas e económicas, em que a psicologia da saúde emerge como uma das últimas contribuições (Leal, 2006).

A Psicologia como profissão no campo da saúde é hoje uma área reconhecida. Embora a terminologia “psicologia clínica” seja dominante, ela já não qualifica a psicologia que se faz com a doença mental. A terminologia adotada tende a referir o termo “saúde” em vez de “clínico” para abranger este contexto amplo, e também porque “clínico” remete para o método e não para o contexto, como já explicámos. Podemos perceber esta situação através da análise da diretiva europeia para o diploma europeu de reconhecimento de qualificação profissional para o exercício da psicologia refere como contextos de prática a “educação”, a “saúde”, o “trabalho e organizações” e “outras” (Leal, 2006).

Outro dado a realçar é que a evolução da conceção de saúde afetou as práticas do psicólogo que intervém no sistema de saúde, levando à discussão da necessidade de reorientar as funções profissionais do psicólogo clínico (Fox, 1982).

Apesar de tudo, observa-se, em alguns países, uma divisão entre os psicólogos clínicos que se reclamam da saúde mental e os psicólogos clínicos que se reclamam da saúde. Para os primeiros, a ligação à saúde mental, à psicopatologia e à doença mental permanece, tentando transpor os quadros clássicos da avaliação, investigação e intervenção para os novos contextos de intervenção. Para os segundos, a doença mental é apenas uma entre outras e o esforço vai no sentido da descoberta de novas fórmulas de avaliação, investigação e intervenção adaptadas aos múltiplos contextos com que se deparam (Ribeiro, 2005).

Em suma, pode ser assumido que a Psicologia da Saúde é uma área de aplicação de todos os contributos da Psicologia eminentemente úteis para manter a saúde e lidar com as doenças (Leal, 2006). “The term health is na adjective that defines the arena in which the core knowledge in the science and profession of psychology is applied and, thus, there is not today a health psychology that differs from psychology proper” (Matarazzo, 1987, p. 899). Esta frase de Matarazzo significa que depois de um primeiro momento em que a Psicologia da Saúde aparecia como um conjunto de práticas do Psicólogo com as populações sem doença mental, surgiu um outro, decorrente e natural, em que a tónica era colocada na Psicologia realizada em contexto do Sistema de Saúde em geral, e nos serviços de que o Sistema dispunha (Ribeiro e Leal, 1996).

Diversos teóricos como Belar, Deardorff e Kelly (1987), adotaram a expressão “psicologia clínica da saúde”, que definiram como a aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da psicologia na promoção e manutenção da saúde

física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação, e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou distress (Ribeiro e Leal, 1996).

Estes autores indicavam que a expressão “psicologia clínica da saúde” “representava uma fusão da psicologia clínica, com o seu foco na avaliação e tratamento de indivíduos em distress, com o conteúdo da psicologia da saúde” (Belar et al, 1987, p. 1).

Millon argumenta que as duas áreas – psicologia clínica e psicologia da saúde – são essencialmente apenas uma: “Clinical psychology was misguided in its evolution when it followed a dualistic mind-body model and thereby limited itself to ministering to the “mentally” disordered. Health psychology came into being in great measure as an antidote to the deficits and imbalance this created” (Millon, 1982, p. 9).

Belar (1997) menciona que “a psicologia clínica da saúde é uma especialidade para o século XXI, se não a especialidade para a prática profissional os cuidados de saúde” (p411, cit. por Ribeiro e Leal, 1996).

A designação Psicologia Clínica da Saúde implica, na nossa opinião, a síntese e o compromisso, entre duas gerações de perspectivas sobre a Psicologia (Ribeiro & Leal, 1996). Assim, a característica definidora da clínica reside na possibilidade de utilização de todos os informes psicológicos na resolução de uma problemática colocada por um indivíduo, um grupo, ou uma população, tomado como objeto de análise e intervenção clínica. (Ribeiro & Leal, 1996). Neste contexto, a Psicologia Clínica da Saúde acaba por ocupar um lugar central no Sistema de Saúde.

Atualmente existem, defensores de uma Psicologia da Saúde centrada na promoção da Saúde e na prevenção das doenças físicas; uma Psicologia da Saúde predominantemente como área de ensino e investigação dos fenómenos correlacionados com a saúde e as doenças; uma outra que considera que “grande parte da psicologia da saúde é, na realidade psicologia social aplicada” (Leal, 2006).

2.3. Contribuição da psicologia da saúde para a psicologia clínica tradicional

A psicologia da saúde veio oferecer ao exercício da psicologia clínica contribuições fundamentais a diversos níveis, mais especificamente, ao nível do objeto de estudo, do contexto, do modelo de intervenção e do método (Leal, 2006).

No que diz respeito ao objeto de estudo, a psicologia da saúde oferece uma intervenção ao nível da promoção e da proteção da saúde e ao nível da prevenção e tratamento das doenças e morbilidades. Outro dado a realçar é que a psicologia clínica, que anteriormente se interessara, sobretudo, pela doença mental, agora acrescenta não só a doença física como, e talvez mais importante, a saúde física e mental (Leal, 2006).

Na perspetiva da Psicologia da Saúde, a doença é vista como uma reação complexa de factores psicológicos e fisiológicos, visto existir, relação constante entre a psique e o corpo.

Os temas tratados atualmente em contexto de psicologia clínica da saúde estão relacionados com as seguintes problemáticas: quantidade e qualidade de bem-estar; qualidade de vida; nível aceitável de mortalidade e morbilidade; relação com o trabalho; suporte social; crenças e representações sociais (Leal, 2006).

Relativamente ao contexto, a psicologia da saúde propõe-se intervir em múltiplos contextos para além do tradicional sistema de saúde ou do sistema hospitalar. A psicologia da saúde, na medida em que se propõe intervir na promoção e proteção da saúde e na prevenção e tratamento, traz formalmente para o campo da psicologia contextos onde antes não se pensava intervir, como sejam as cidades e comunidades saudáveis (Ribeiro, 1996), que se organizam em contexto comunitário normalmente autárquico ou empresarial, ou os programas de prevenção das doenças, ou os simples programas educativos que se realizam em contexto escolar, visando quer a promoção da saúde (estilo de vida saudável), quer a prevenção de doenças (educação sexual, tabagismo) (Leal, 2006).

Ao nível do modelo de intervenção, a psicologia da saúde oferece o modelo biopsicossocial em oposição ao modelo biomédico até então dominante.

Esta alteração tem repercussões importantes na prática da psicologia, no sentido em que realça a complexidade das relações entre variáveis de saúde, de doença, sociais, ambientais e salienta a importância da multicausalidade e da multidireccionalidade. Da multicausalidade, porque se reconhece que as causas são mais complexas do que o implícito na teoria do germe, de uma causa única com um efeito único; da multidireccionalidade, no sentido em que a direccionalidade entre variáveis causais e efeitos deixou de ser tão clara, e em que a direção tende a ser interativa, tal como é suposto numa perspectiva sistémica (Leal, 2006).

Por fim, ao nível do método de intervenção, a psicologia da saúde oferece métodos provenientes das diversas áreas da psicologia, como está explícito na definição matriz de Matarazzo. A intervenção em contextos diversificados exige métodos que vão para além do método clínico. Alguns dos métodos propostos, com grande impacto na

psicologia da saúde, provêm da psicologia social e da psicologia educacional (Ribeiro e Leal, 1996).

2.4. Bem-estar em Psicologia da Saúde

O bem-estar subjetivo (BES) tem vindo a despertar a atenção dos investigadores, enquanto elemento essencial da qualidade de vida e aspeto importante duma Psicologia Positiva. Porém, a qualidade de vida é um conceito mais abrangente, visto incluir as condições de vida e a experiência de vida, sendo esta última o domínio do BES (Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos & Oliveira, 2000).

O BES pode ser entendido como a reação avaliativa das pessoas da sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma, quer em termos de afetividade (Diener & Diener, 1995).

Este conceito é considerado multidimensional, visto distinguir-se duas dimensões, a dimensão cognitiva e a afetiva. Esta última dimensão subdivide-se em dois factores independentes, a afetividade positiva e a afetividade negativa.

Por afectividade negativa entende-se a disposição para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis, como a culpa, a vergonha, a tristeza, a ansiedade e a depressão. Por sua vez, a afetividade positiva explica-se através da tendência para experimentar sentimentos e emoções agradáveis, tais como, a alegria, o entusiasmo, o orgulho e a felicidade (Lucas & Diener, 2008).

Já a dimensão cognitiva é representada por um factor, a satisfação com a vida. Este factor traduz-se na avaliação global que a pessoa faz da sua vida, em termos de

desejo de mudanças ou de contentamento com o que lhe acontece. Embora haja um factor geral de satisfação com a vida, podem ser distinguidos vários domínios de satisfação, nomeadamente, o trabalho, o lazer, a saúde, as finanças (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

As teorias acerca do BES surgiram muito recentemente, distinguindo-se entre as teorias base-topo (“Bottom-up”) e as teorias topo-base (“Top- down”). As primeiras, teorias base-topo, encaram o BES como o efeito cumulativo de experiências positivas em vários domínios específicos da existência, mais especificamente, o trabalho, a família e o lazer. Porém, são as circunstâncias objetivas de vida os principais preditores do BES (Tov & Diener, 2007).

Por outro lado, as teorias topo-base defendem que existe uma tendência global da pessoa para experienciar os acontecimentos de maneira positiva, isto é, o sujeito experiencia prazer porque é feliz e não o contrário. Assim, a experiência, em si mesma, não é objetivamente agradável ou desagradável, satisfatória ou insatisfatória, pois depende da interpretação que o sujeito faz dela (Diener, 1984). Esta última abordagem considera o sujeito como ativo e organizador da sua experiência de vida, sendo o BES encarado como uma causa, enquanto na abordagem base-topo o BES era encarado como efeito (Leal, 2006).

Numa fase inicial predominava a abordagem base-topo, sendo o sujeito feliz caracterizado por ser jovem, saudável, com instrução, elevado rendimento, religioso e casado, isto é, apenas eram tidas em conta variáveis sociodemográficas, mas atualmente predomina a perspectiva topo-base, a qual considera que a personalidade tem um papel fundamental (Diener, 200).

Desde sempre os pensadores salientavam a felicidade como a meta última das aspirações humanas, mas a Psicologia só muito recentemente descobriu esta dimensão essencial do comportamento humano, podendo ser traduzida através de vários constructos, em particular o de bem-estar subjetivo ou psicológico, os quais procuram ser avaliados através de escalas específicas, mas, na sua grande parte, apenas com preocupações de ordem prática, sem quadros teóricos de referência (Ferreira & Simões, 1999). Além disso, muitas das medidas propostas pressupunham que o bem-estar (“wellness”) seria apenas a ausência de doença (“illness”), ou seja, o sujeito estaria bem se não estivesse ansioso, deprimido ou doente (Ryff, 1995).

Acrescenta-se que a par da avaliação das doenças têm-se desenvolvido medidas genéricas de avaliação da saúde ou do bem-estar (Ware, 1991).

Desde a década de 40 que se tem procurado avaliar o bem-estar, distinguindo-se três fases na sua evolução (Diener, 1984; Horley, 1984).

Primeiro, começou por ser avaliado através de critérios externos, depois através da avaliação subjetiva do sujeito e, por último, começou a integrar as experiências pessoais positivas. Assim sendo, na investigação houve um desenvolvimento das medidas utilizadas de objetivas para subjetivas (Diener & Biswas-Diener, 2008).

O bem-estar subjetivo integra três características essenciais: baseia-se na experiência pessoal do sujeito, recorre a medidas positivas, não se traduzindo apenas pela ausência de medidas negativas, e inclui a avaliação global dos vários aspectos da vida do sujeito (Ribeiro, 1998). No entanto, o bem-estar não é apenas a soma da quantidade de momentos de satisfação do sujeito mas o resultado da orientação geral positiva do sujeito a acontecimentos de vida (Ferreira & Simões, 1999).

Os investigadores encontraram um conjunto de seis variáveis preditoras do bem-estar subjetivo, a saber: autoestima positiva, sentimento de controlo percebido, optimismo, sentido de significado e propósito na vida, extroversão e relações psicossociais positivas (Compton, 2001).

Algumas destas seis variáveis coincidem com as seis dimensões do instrumento “Scales of Psychological Well-Being”, proposto para avaliar o bem-estar psicológico ou subjetivo (Ryff, 1989; Ryff, 1995). Estas dimensões são as seguintes: a aceitação de si, as relações positivas com os outros, a autonomia, o domínio do ambiente, o sentido da vida e o crescimento pessoal. Este instrumento foi criado pela autora para avaliar as várias dimensões desta variável, através de oitenta e quatro itens, tendo sido adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Simões (1999), com a designação “Escala do Bem-Estar Psicológico” (EBEP) (Leal, 2006).

Segundo Deneve e Cooper, “no seu conjunto, os estudos sugerem que a personalidade pode ser mais influente para o BES do que as variáveis demográficas” (1998, p. 218). Estes autores efetuaram uma meta análise em que identificaram 137 traços de personalidade correlacionados com o BES, encontrando-se a estabilidade emocional e a resistência ao stresse (“hardiness”) entre as principais variáveis relacionadas.

Neste contexto, parece que a personalidade predispõe uma estabilidade moderada dos acontecimentos de vida, no sentido da tendência que os sujeitos têm de manter acontecimentos de vida positivos ou negativos ao longo do tempo. A influência dos acontecimentos sobre o BES revela-se temporária, tal como ilustram Suh, Diener e Fujita (1996) no seu artigo “só os acontecimentos recentes têm importância”, tendo-se

obtido uma média de seis meses como o espaço de tempo em que os acontecimentos afetam o BES.

O BES demonstra ser estável ao longo do tempo e também de situação para situação. Por um lado, na sequência de um evento positivo ou negativo as pessoas tendem a regressar ao seu nível de base característico da sua afetividade positiva e negativa e, por outro, pessoas felizes no trabalho tendem a sê-lo também nos tempos livres. Estes resultados suportam a teoria do equilíbrio dinâmico, segundo a qual a personalidade determinaria o nível da base emocional de cada sujeito, ou seja, os acontecimentos poderiam levar as pessoas a passar por cima ou para baixo do nível de base, mas depois voltariam ao ponto de equilíbrio (Headey & Wearing, 1989).

Também a discrepância entre as aspirações do sujeito e os seus reais recursos poderá explicar o BES, no sentido de que o BES será tanto mais baixo quanto a discrepância entre aquilo que o sujeito pretende ser e o que realmente é (Diener & Fujita, 1995).

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, verifica-se que apenas explicam uma parte da variância do BES (Simões et al, 2000).

Na meta-análise de Stock, Okun, Haring e Writer (1983) verificou-se que a idade tem uma correlação muito baixa com o BES, revelando que os idosos não apresentam um declínio no seu BES. Apenas a partir de idades muito avançadas, aproximadamente 80 anos é que parece verificar-se alguma tendência para a diminuição (Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten, & Kunzmann, 1999).

Outro dado a realçar é que a saúde subjetiva, ou seja, a perceção que o sujeito tem do seu estado físico, é um dos principais preditores do BES.

No que diz respeito ao estado civil, a generalidade dos estudos aponta para a influência positiva do facto de ser casado sobre o BES, embora seja importante avaliar a satisfação do sujeito com o casamento (Anderson & Grunert, 1997).

Por seu turno, também as variáveis, a educação, género e a religião não parece ser um forte preditor do BES (Diener et al., 1999).

2.5. A formação em psicologia da saúde

Matarazzo (1987) elencava “para mim como para muitos psicólogos que trabalham no contexto da saúde, acredita-se que a psicologia da saúde é, em 1987, apenas uma família vibrante de aplicações específicas às situações da saúde de conhecimentos comuns a toda a psicologia” (p. 899). Este investigador considerava que o termo saúde é um adjetivo que define o espaço em que se aplica o conjunto de conhecimentos fornecidos pela psicologia (Leal, 2006).

Através desta afirmação pode-se facilmente concluir que a psicologia clínica da saúde é um campo muito alargado, assim não dispensa de subespecializações. É impossível para o psicólogo clínico da saúde dominar todas as áreas onde é passível a sua intervenção, áreas tão diversas como biofeedback para as arritmias cardíacas, tratamento da dor crónica, aconselhamento genético (Belar et al., 1987).

A conferência de Arden House realçou aspetos considerados importantes na formação da especialidade em psicologia da saúde, a saber: o psicólogo da saúde deve funcionar como um cientista prático; a formação em psicologia é um requisito essencial para o exercício da psicologia da saúde; o domínio de conhecimento é interdisciplinar e

o vocabulário médico e o conhecimento do sistema de saúde são essenciais para trabalhar em vários contextos de investigação e de prática; deve dominar perícias interpessoais básicas fundamentais para a intervenção nestes contextos, quer com utentes quer com outros profissionais; deve dominar os aspetos éticos e legais inerentes a estes contextos frequentados por populações mais vulneráveis e a formação em psicologia da saúde requer tempo e recursos e deve ser feita com programas flexíveis que facilitem a promoção da criatividade e o desenvolvimento do conhecimento.

Convém salientar que em Portugal existem diversas oportunidades de formação académica em psicologia da saúde em várias instituições do ensino superior público e privado, quer pré-graduada, quer pós-graduadas (Leal, 2006).

2.6. Psicólogos da saúde: atividades clínicas, investigação, carreira profissional e psicologia nos cuidados de saúde primários

Como já foi referido, a psicologia da saúde é a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Ogden, 2000). Estuda o papel da psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde, da doença e da própria prestação dos cuidados de saúde, focalizando nas experiências, comportamentos e interações. Envolve a consideração dos contextos sociais e culturais onde a saúde e as doenças ocorrem, uma vez que as significações e os discursos sobre a saúde e as doenças são diferentes consoante o estatuto socioeconómico, o género e a diversidade cultural (Teixeira, 2004).

A psicologia da saúde, que dá relevância à promoção e manutenção da saúde e à prevenção da doença, resulta da confluência das contribuições específicas de diversas áreas do conhecimento psicológico (psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social, psicobiologia) tanto para a promoção e manutenção da saúde como para a prevenção e tratamento das doenças (Simón, 1993). O objetivo principal da psicologia da saúde é compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades.

Os psicólogos da saúde podem trabalhar em diferentes contextos do sistema de saúde, quer ao nível dos serviços públicos (Serviço Nacional de Saúde), quer ao nível de serviços privados (consultórios, clínicas, empresas) e do sector social. Em qualquer um destes contextos, trabalham sempre em colaboração com outros técnicos, tais como, médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas. Podem também trabalhar igualmente em universidades, nas áreas do ensino, formação e investigação e em organismos do Ministério da Saúde (Teixeira, 2004).

A intervenção em Centros de Saúde e em Hospitais deve ser conceptualizada na tripla dimensão de intervenção com os utentes, intervenção com os técnicos e intervenção na organização (Trindade & Teixeira, 2002; Teixeira, 2004).

Os psicólogos da saúde podem participar na prestação de cuidados de saúde em programas de cuidados de saúde primários, unidades de internamento hospitalar, serviços de saúde mental, unidades de dor, oncologia, serviços de saúde pública, serviços de saúde ocupacional, consultas de supressão tabágica, centros de alcoologia e serviços de reabilitação, entre outros. Podem também constituir parte integrante de

equipas de promoção da saúde e de prevenção nas escolas, locais de trabalho e comunidade, com base em serviços de saúde e/ou em organizações comunitárias (Trindade & Teixeira, 2002; Teixeira, 2004).

2.6.1. Atividades Clínicas

Entre as tarefas de avaliação psicológica, que podem focalizar nos comportamentos de saúde, no confronto com as doenças, nos estados emocionais e na qualidade de vida contam-se (Bennett, 2000) a entrevista clínica, avaliações cognitivas e comportamentais, avaliações de personalidade, avaliações psicofisiológicas, avaliações da qualidade de vida, estudos epidemiológicos e outras atividades de avaliação clínica em saúde, tais como, a avaliação na dor, cancro, comportamento tipo A, depressão e ansiedade (Teixeira, 2004).

Tenha-se sempre em conta que as estratégias de avaliação podem influenciar todos os juízos clínicos que são feitos sobre os indivíduos avaliados, bem como influenciam a identificação das variáveis mediadoras e intervenientes e nas avaliações dos resultados dos tratamentos e intervenções (Teixeira, 2004).

Entre as tarefas de intervenção psicológica podem ser destacadas (Bennett, 2000) intervenções de gestão do stresse, treino de autocontrolo e eficácia no coping, técnicas comportamentais, como o relaxamento, a modelagem, o treino de competências, o biofeedback, a educação para a saúde, a facilitação de mudança de comportamentos de risco e a entrevista motivacional, a expressão de sentimentos, a intervenção na crise, o aconselhamento psicológico, as psicoterapias, os grupos de suporte e a ajuda mútua.

Estas intervenções têm como principais objetivos: facilitar uma mudança comportamental adequada e ajudar os indivíduos a enfrentar as exigências específicas que se lhes deparam, quer como resultado da doença, quer como resultado do seu tratamento (Bennett, 2000; Teixeira, 2004).

Pode-se resumir as áreas de intervenções clínicas em psicologia da saúde essencialmente em três áreas, a saber:

A promoção da saúde e prevenção, com destaque para intervenções de supressão tabágica, de álcool e drogas, promoção de comportamentos alimentares saudáveis, mudança de comportamentos sexuais de risco (Teixeira, 2004).

Os efeitos do stresse sobre a saúde, através da promoção de estratégias de confronto (coping) adequadas e/ou da melhoria da utilização do suporte social, incidindo sobre confronto com procedimentos médicos (cirurgia, cateterismo cardíaco, quimioterapia), controlo de sintomas (dor crónica, cefaleias), gestão do stresse (doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, doenças psicossomáticas), adaptação à doença crónica, adesão a tratamentos médicos e a atividades de autocuidados, melhoria da informação em saúde e da comunicação do utente com os técnicos de saúde, intervenção familiar (Teixeira, 2004).

A prestação de cuidados psicológicos a indivíduos com perturbações mentais (depressão, doença bipolar, perturbações fóbicas, neuroses, doença de Alzheimer, etc.), incluindo avaliações psicológicas, promoção de estilos de vida saudáveis, aconselhamento psicológico e reabilitação psicossocial. (Teixeira, 2004)

2.6.2. Investigação

De acordo com Morrow e Clayman (1982) e por Stabler e Mesibov (1984) a atividade à qual psicólogo da saúde deve dedicar mais tempo é a investigação (15 a 25% do tempo), dedicando-se menos ao diagnóstico (10%), ensino (15%), terapia (15%) e administração (5 a 10%) (Trindade & Teixeira, 2002).

Os psicólogos da saúde centram as suas investigações em diversas áreas do comportamento relacionado com saúde e doenças, mais especificamente, na promoção da saúde e prevenção, diabetes, dor crónica, cancro, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças mentais, tabagismo, alcoolismo, disfunções sexuais, perturbações do sono, toxicodependências, doenças psicossomáticas, infecção VIH/SIDA, adesão a tratamentos médicos, utilização de serviços e recursos de saúde, stresse ocupacional dos técnicos de saúde e informação/comunicação em saúde, entre outras. Estes devem fazê-lo nas diferentes fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos, e em diferentes contextos sociais e culturais (Teixeira, 2004)

Os focos principais da investigação psicológica em saúde, passam a ser enumerados: determinantes comportamentais da saúde e das doenças; métodos facilitadores do desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis e de comportamentos preventivos; confronto com o stresse e com a dor crónica; relações entre o funcionamento psicológico e o sistema imunitário; mediadores psicológicos das influências do estatuto socioeconómico e do género sobre a saúde; influências do stresse e do suporte social sobre a saúde e as doenças; desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica em saúde; determinantes psicológicos do ajustamento e da reabilitação em doenças crónicas (Teixeira, 2004)

De acordo com Anton e Mendez (1999) pode agrupar-se a investigação em psicologia em cinco áreas essenciais:

1) Na compreensão da génese e manutenção dos problemas de saúde. Por exemplo, estudos acerca das relações entre comportamentos e doença, tais como as influências do comportamento tipo A, dos estilos de confronto com o stress e do uso de substâncias (tabaco, álcool e drogas);

2) Na área da promoção da saúde e prevenção das doenças. Por exemplo, identificação dos determinantes dos comportamentos saudáveis, dos comportamentos de risco e dos processos de mudança de comportamentos em diferentes fases do ciclo de vida em crianças, adolescentes, adultos e idosos, incluindo também os aspectos comportamentais da saúde ambiental. Trata-se de identificar metodologias de intervenção comunitária com carácter preventivo e de identificar determinantes psicológicos da mudança de comportamentos. Neste âmbito assume importância particular a integração da intervenção psicológica na estratégia nacional de prevenção do cancro (Carvalho Teixeira, 2002) e de prevenção da depressão.

3) Facilitação e potenciação do diagnóstico e tratamento médicos. Por exemplo, investigação relacionada com procedimentos médicos indutores de stress (cirurgia, hospitalização, endoscopias, etc.) e com comportamentos de adesão medicamentosa e ao desenvolvimento de autocuidados (Teixeira, 2004).

4) Avaliação e tratamento de problemas de saúde. Investigações sobre questões de avaliação e intervenção psicológicas relacionadas com dor, doença coronária, hipertensão arterial, enxaqueca, asma brônquica, cólon irritável, úlcera péptica, diabetes, obesidade, e infecção VIH/SIDA, entre outros. Assumem importância particular a caracterização da experiência de doença (discurso, percepções, significados),

a influência das percepções de doença sobre os estados emocionais associados e sobre os comportamentos de adesão e de procura de cuidados, bem como as relações entre as estratégias de confronto, o controlo dos sintomas, a evolução da doença e a prevenção das recaídas nas doenças crónicas (Teixeira, 2004).

5) Melhoria do sistema de cuidados de saúde. Estudo do impacte dos ambientes físicos e organizacionais dos serviços de saúde sobre o comportamento dos utentes, da comunicação e relação dos técnicos com os utentes, das relações interprofissionais e do stresse ocupacional dos técnicos de saúde (Teixeira, 2004).

Enfatiza-se que no nosso país, a investigação desenvolveu-se sobretudo a partir de 1990 e tem sido realizada predominantemente ao nível das universidades através de estudos relacionados com obtenção de graus académicos e em geral com pouca ligação com necessidades identificadas nos serviços de saúde. Têm dominado os estudos relacionados com crianças, adolescentes e grávidas, maioritariamente relacionados com avaliação, tratamento e/ou reabilitação de indivíduos doentes (Teixeira, 2004).

2.6.3. Carreira Profissional

Para trabalhar no Serviço Nacional de Saúde existe desde 1994 (DL 241/94) uma carreira profissional específica para psicólogos na saúde, o ramo de psicologia clínica na carreira técnica superior de saúde (Ministério da Saúde), que tem vindo a ser implementada lentamente em vários serviços de saúde, nomeadamente Maternidades, Hospitais e Centros de Saúde (Teixeira, 2004).

O documento legal define quais são as funções do psicólogo clínico nos diferentes graus da sua carreira (assistente; assistente principal; assessor; assessor superior), bem como na responsabilidade de um serviço, incluindo de um serviço de âmbito regional. O acesso a esta carreira realiza-se por concurso público, sendo condição de acesso ter frequentado ou ter equiparação ao estágio profissional pré-carreira, regulamentado pelas Portarias 171/96 e 191/97. O acesso ao estágio, que tem duração de 3 anos, realiza-se também por concurso público (Teixeira, 2004).

Para trabalhar nas instituições não estatais do sistema de saúde as organizações sócio profissionais dos psicólogos não definiram ainda o perfil profissional nem as habilitações específicas (Teixeira, 2004).

É de salientar que independentemente do seu contexto de trabalho o psicólogo da saúde deve organizar a sua atividade sempre de acordo com o princípio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, o que envolve quatro aspetos essenciais (Trindade & Carvalho Teixeira, 2002).

Primeiro, o psicólogo deve definir claramente o seu papel e as suas responsabilidades profissionais nas áreas de avaliação psicológica, intervenções clínicas com utentes, consultoria, investigação, participação em formação, participação em grupos de trabalho. De seguida, a sua intervenção deve orientar-se através de um plano de atividades anuais, elaborado após um processo de identificação de necessidades e delimitação de objetivos prioritários, de forma adaptada em relação aos recursos disponíveis e avaliado sistematicamente nos seus resultados. Deve igualmente existir uma preocupação por parte dos psicólogos da saúde com o seu desenvolvimento profissional contínuo. Por fim, os psicólogos da saúde envolvem-se em atividades relacionadas com a qualidade dos serviços psicológicos, o que implica procedimentos

de melhoria contínua da qualidade, através de avaliações da satisfação dos utentes dos serviços de psicologia, avaliações da eficácia das intervenções realizadas, avaliações dos desempenhos profissionais dos psicólogos e elaboração de guidelines para a intervenção em diferentes problemas, áreas ou serviços (Teixeira, 2004).

2.6.4. Psicologia nos cuidados de saúde primários

Trabalhar como psicólogo da saúde nos cuidados de saúde primários consiste na aplicação dos conhecimentos e técnicas da psicologia em projetos de promoção da saúde e prevenção das doenças em diferentes fases do ciclo de vida, na realização de consulta psicológica e na participação noutros projetos desenvolvidos nos Centros de Saúde. Nestes, os psicólogos trabalham integrados nas equipas de cuidados de saúde primários (Teixeira, 2004).

Os psicólogos da saúde que trabalham nos cuidados de saúde primários podem desenvolver vários tipos de atividades, a saber (Trindade, 2000):

1) Em atividades de promoção da saúde e prevenção. Desta forma, participam em atividades de informação e educação para a saúde e de desenvolvimento comunitário relacionadas com a alimentação, prática de exercício físico, tabagismo, consumo excessivo de álcool, consumo de drogas, contraceção e planeamento familiar, saúde materna e infantil, saúde escolar, saúde do adolescente, saúde ocupacional, saúde do idoso, prevenção de acidentes, etc., promovendo uma abordagem psicológica dos problemas de saúde da comunidade e dos diferentes grupos sociais.

2) Em contexto de consulta psicológica. Esta consulta de referência para os clínicos gerais/médicos de família e de apoio a diferentes projetos de saúde, integrando o paradigma clínico com os factores que influenciam o desenvolvimento e a mudança de comportamentos. A atividade clínica foca-se na avaliação e/ou intervenção com casos problemáticos no âmbito da mudança de comportamentos e prevenção, confronto e adaptação à doença, stresse induzido por exames e tratamentos médicos, crises pessoais e/ou familiares, perturbações do desenvolvimento, perturbações de ajustamento, dificuldades de comunicação dos utentes com os técnicos, problemas de adesão a tratamentos e autocuidados.

3) Nos cuidados continuados. Neste contexto os psicólogos participam nas equipas de cuidados continuados que prestam cuidados de saúde no domicílio a indivíduos em situações de dependência.

4) Na humanização e qualidade. Os psicólogos participam em projetos de humanização dos serviços e de melhoria da qualidade em saúde e integração de metodologias psicológicas na avaliação da satisfação dos utentes.

5) Na investigação. Envolvem-se em projetos de investigação-ação em função de necessidades identificadas pelas equipas de saúde, especialmente em parceria com autarquias, escolas e organizações comunitárias.

6) Em contexto de formação, participam em ações de formação destinadas a outros técnicos e voluntários, centradas em aspectos psicológicos relacionados com as suas intervenções na prestação de cuidados.

2.7. Considerações Finais

A proposta da *OMS* de 1948, segundo a qual a Saúde deve ser considerada como um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença ou incapacidade, embora criticada por ser demasiado idealista, abriu portas à transformação do anterior discurso biomédico para uma perspectiva que Engel (1977) denominaram de modelo biopsicossocial.

O modelo biomédico foi acusado de ser reducionista, por reduzir fenómenos complexos a uma causa simples, orgânica e por ser dualista por separar o mental do somático (Engel, 1977). Por sua vez, o modelo proposto por Engel, o mundo é composto por um contínuo de sistemas que interagem a níveis distintos. Neste contexto, pode-se facilmente perceber que qualquer doença, embora requeira mais atenção a um determinado nível, tem também um impacto nos outros níveis do sistema. Esta perspectiva, os factores psicológicos e sociais influenciam quer na manutenção da saúde, quer nos processos de adoecer (Ribeiro, 1998).

O modelo biopsicossocial explica que nem todos os problemas apresentados pelos pacientes podem ser adequadamente explicados em termos orgânicos e indica igualmente que as novas tecnologias têm permitido uma grande evolução da Medicina ao nível do tratamento de doenças permitiram também aumentar a consciência de outros níveis de organização que influenciam as funções fisiológicas. Este modelo defende igualmente que 60% dos doentes que visitam o seu médico de família apresentam queixas somáticas que são uma expressão de problemas psicossociais.

É neste enquadramento que olha o doente como um ser global que surge a psicologia da saúde. Esta nova área da psicologia procura dar uma resposta à falta que

fazia uma intervenção pensada e organizada sobre o adoecer físico (Leal, 2006). Atualmente, a psicologia como profissão no campo da saúde é hoje uma área reconhecida.

Outro dado a constatar é que a psicologia como profissão no campo da saúde está indissociavelmente ligada à psicologia clínica. Porém, diversos teóricos apontavam para uma separação entre a psicologia da saúde e psicologia clínica. Esta clivagem entre as duas áreas ainda é vigente em muitos países. Ou seja, entende-se que a intervenção da psicologia clínica tende a centrar-se na saúde mental e nas doenças mentais, enquanto o foco da psicologia da saúde centra-se na saúde física e em todas as outras doenças, que não as mentais (Leal, 2006).

Apesar desta situação de separação entre as duas áreas, haviam, por um lado, os médicos não – psiquiatras, que pediam ajuda para trabalhar com os seus utentes ao reconhecerem que uma parte importante dos problemas com que lidavam era de origem psicológica e reconhecia-se que uma parte importante dos problemas com que lidava o médico não – psiquiatra eram de índole psicológica (Ribeiro & Leal, 1996). Por outro lado, observa-se que o desenvolvimento dos serviços de saúde implicava o confronto com situações de alteração ou perturbação na saúde que, comportando necessariamente respostas concomitantes num registo psicológico, nem por isso eram enquadráveis em categorias psicopatológicas e não podiam, por isso, ser tomadas como objeto de intervenção à parte. Bem pelo contrário, respostas depressivas ou de ansiedade, então como hoje, inscreviam-se, frequentemente, num quadro adaptativo fundamental à situação posterior do indivíduo em situação de doença (Ribeiro & Leal, 1996).

Atualmente, na generalidade dos países, a psicologia da saúde constitui uma área de intervenção dentro da psicologia profissional denominada “clínica”, como é o caso dos Estados Unidos da América.

O sujeito individual e as suas relações com a saúde, a doença ou a deficiência, e com a sua família e os técnicos de saúde, bem como os grupos sociais e os seus problemas associados à promoção da saúde e à prevenção das doenças constituem o objeto da psicologia da saúde. A aquisição de comportamentos protetores de saúde, mudança de comportamentos relacionados com a saúde, confronto com procedimentos médicos de diagnóstico e de tratamento indutores de stresse, processos de confronto com a doença e a incapacidade, informação e comunicação nos serviços de saúde, comportamentos de adesão em saúde, ambientes de tratamento, comportamentos de procura de cuidados de saúde, qualidade de vida e saúde, perigos ecológicos para a saúde e condições de saúde dos técnicos de saúde são as áreas principais de investigação e intervenção em psicologia da saúde (Teixeira, 2004).

A intervenção de psicólogos na saúde, para além de contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes dos serviços de saúde, pode também contribuir para a redução de internamentos hospitalares, diminuição da utilização de medicamentos e utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde. Os psicólogos da saúde podem igualmente potenciar a atuação dos outros técnicos, contribuindo para a melhoria das relações entre os técnicos e os utentes e para a melhoria das relações interprofissionais e promovendo uma utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde participando em atividades de humanização dos serviços e melhoria da qualidade dos cuidados (Teixeira, 2004).

Em suma, a Psicologia da Saúde estuda o comportamento humano na saúde e na doença, tendo sido a expressão introduzida por Matarazzo em 1980 para designar o papel da Psicologia, como ciência e como profissão, nos domínios da saúde e da doença, visando a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença e, também, os aspetos psicológicos associados ao seu tratamento e reabilitação. Inclui a saúde física e mental, abrange todo o campo da Medicina mas ultrapassa-o em direção aos factores sociais, ecológicos e outros, que se relacionem com a realização dos estados de saúde e de doença. A abordagem psicológica em saúde implica a consideração simultânea do sujeito, da família, dos técnicos de saúde e do suporte social, bem como uma perspectiva multisectorial que abrange o sistema de saúde e o sistema educativo, mas que deverá englobar também os dispositivos de segurança social e de suporte comunitário (Teixeira, 2004).

CAPÍTULO III- O PSICÓLOGO NOS CUIDADOS HOSPITALARES

Como já vimos, os paradigmas antigamente vigentes levavam os psicólogos trabalhar quase exclusivamente num contexto psiquiátrico. Atualmente, as terapias de índole psicológica dirigem-se a contextos diversos e a um grande leque de doentes, incluindo os que enfrentam distúrbios físicos. Sabemos que muitos psicólogos clínicos trabalham em áreas tais como a dor ou em programas de reabilitação cardíaca, onde a generalidade dos pacientes não são considerados “doentes mentais”.

Uma das explicações para esta dispersão em diferentes contextos de trabalho reside na convicção de que os profissionais de psicologia, por compreenderem os factores que influenciam a mudança comportamental, podem ajudar o paciente a encarar mais positivamente a doença (Bennett, 2002).

Porém, os profissionais que se dedicaram ao trabalho com pacientes doentes fisicamente tiveram necessariamente de encontrar e usar um novo conjunto de teorias e princípios diferentes dos psicólogos que trabalham num contexto psiquiátrico ou noutras especialidades. Neste contexto, desenvolveu-se a disciplina científica da psicologia da saúde (Bennett, 2002).

Como já foi referido, a psicologia da saúde é uma disciplina aplicada. Os psicólogos da saúde podem agora atingir um elevado estatuto e trabalhar autonomamente no âmbito dos serviços de saúde e noutros contextos (Bennett, 2002). Um número crescente está cada vez mais diretamente envolvido na prestação dos cuidados de saúde, seja em contexto de cuidados de saúde hospitalares seja em contexto de cuidados de saúde primários.

Como já vimos, saúde refere-se a um conceito complexo relativo às funções orgânicas, físicas e mentais (WHO, 1948), hospital diz respeito a uma instituição concreta onde se tratam doentes, internados ou não. Quando nos referimos ao hospital, automaticamente, pensamos em algum tipo de doença já instalada, só sendo possível a intervenção secundária e terciária para prevenir seus efeitos adversos, sejam eles físicos, emocionais ou sociais (Castro, 2004).

Não podemos esquecer que os psicólogos que trabalham num contexto médico necessitam ter conhecimentos psicológicos sobre a saúde e a doença e sobre a sua aplicação a fim de maximizar a eficácia dos cuidados de saúde (Bennett, Lowe, Matthews & Doural, 2000). O conhecimento acerca do prognóstico da doença, em termos de anos de vida, a incapacidade ou deficiência dela resultante, são aspetos cruciais, em todo o trabalho a efetuar ao nível da adaptação à doença com o paciente e a sua família (Pereira, 2001).

3.1.A importância das estratégias de *coping* na doença

Quando um indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida por ele avaliados como perturbadores, o seu organismo reage de forma a tentar gerir esses acontecimentos e ajustar-se a eles (Bishop, 1994).

O *coping* consiste num conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas e externas da relação pessoa-ambiente, que são avaliadas como excessivas e as reações emocionais causadas por essas exigências (Lazarus & Folkman, 1984). Por outras palavras, pode-se dizer que

este termo é utilizado para especificar os comportamentos das pessoas perante processos de stresse (Fillion, Kovacs, Gagnon, & Endler, 2002).

Independente do modo como se conceptualizam os processos de avaliação e *coping*, importa perceber que estes dois processos influenciam a adaptação do sujeito, visto que ambos têm como principal objetivo a diminuição da probabilidade da situação stressante causar algum prejuízo e/ou a redução das reações emocionais negativas (Ribeiro & Morais, 2010).

Ribeiro e Ramos (2002) realçam ainda que o *coping* se refere especificamente a atividades que exigem algum esforço e não àquelas que se fazem automaticamente. Estes autores afirmam que a qualidade do *coping* só pode ser avaliada em função da situação, ou seja, este pode ser bem adaptado num contexto e noutro não.

Segundo Esparbès, Sordes-Ader, e Tap (1993), as estratégias de *coping* são multidimensionais. Assim, partindo de uma análise crítica das escalas de *coping* existentes, estes autores sugeriram uma nova escala, que articula os campos, comportamental (ação), cognitivo (informação) e afetivo (emoção) (cit. por Ribeiro & Sá, 2001).

Não podemos esquecer que o comportamento humano envolve sempre a articulação destes três campos. O campo comportamental representa os processos pelos quais o sujeito prepara e gere a ação, o campo cognitivo é onde a pessoa trata as informações provenientes do acontecimento, as elabora e as adapta em função da situação, e o campo afetivo constitui ao mesmo tempo as reações emocionais e os sentimentos mais ou menos normais, que permitem ao indivíduo legitimar os seus atos e aspirações. Estes três campos levam à emergência de seis estratégias, que passam a ser

enumeradas: a focalização, o suporte social, o retraimento, a conversão, o controlo e a recusa. De seguida estas seis estratégias de *coping* serão sinteticamente expostas:

1) A focalização implica concentrar-se sobre o problema e sobre a forma de o resolver (focalização ativa), analisar a situação (focalização cognitiva) ou tornar-se condicionado pelas emoções como a irritação, a agressividade e a culpabilidade (focalização emocional);

2) O suporte social, caracteriza-se pelo desejo ou necessidade de ajuda. Pode ser a tentativa de resolver a situação através da busca de um trabalho coletivo (cooperação), a necessidade de compreensão do ponto de vista cognitivo, pedindo conselhos (suporte social informativo), ou a necessidade de escuta, de conforto, de reconhecimento (suporte social emocional);

3) O retraimento está correlacionado a uma rutura das interações sociais, a um evitamento de contacto, a um afastamento dos outros (retraimento social e comportamental), uma tentativa de esquecer, uma recusa de pensar no problema, refugiando-se no imaginário ou no sonho (retraimento mental), ou a adoção de comportamentos defensivos de compensação, como a ingestão de medicamentos, comida, drogas.

4) A conversão implica a mudança, a nível dos comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores. Pode tratar-se de mudar o comportamento em função do problema (conversão comportamental), aceitar o problema qualquer que ele seja (aceitação) ou deixá-lo nas mãos de Deus, adotando uma filosofia de vida ou uma ideologia religiosa (conversão pelos valores);

5) O controlo, consiste no autocontrolo da situação, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções. Pode ser caracterizado por resistir ao

impulso de fazer juízos irrefletidos, de tomar decisões precipitadas, encontrando tempo para agir após refletir (regulação das atividades), por traçar objetivos ou planos, tratando o problema de forma abstrata e lógica (controlo cognitivo e planificação), ou por controlar as emoções de tal forma a não permitir que os outros se apercebam (controlo emocional);

6) Por fim, a recusa, consiste na incapacidade de perceber e de aceitar a realidade da situação. O sujeito pode agir como se o problema não existisse, distraíndo-se ou fazendo qualquer coisa de mais agradável (distração), pode ‘esquecer’ o problema (denegação) ou pode ter dificuldades para descrever as suas emoções e sentimentos (Ribeiro & Morais, 2010).

O *coping* com um diagnóstico médico é comparável a ter de enfrentar qualquer outra ameaça. Neste caso, são acionados determinados processos psicológicos. Desta forma, o indivíduo avalia o perigo potencial que o diagnóstico encerra, reage emotivamente e desenvolve estratégias de *coping* para reduzir a ameaça percebida.

Moos e Schaefer (1984) acreditam que a ameaça de um diagnóstico de doença grave é, caracterizada por um número de factores, incluindo a ameaça à identidade pessoal, uma vez que o indivíduo pode abandonar o seu estatuto de capaz e autónomo para se tornar um paciente, dependente dos outros (cit. por Bennett, 2002).

A doença pode ameaçar os planos futuros e implicar a ameaça de afastar a pessoa da sua casa e da rede de apoio social habitual. Pode igualmente envolver a ameaça futura da experiência de dor e de procedimentos médicos desconhecidos.

Podemos perceber que esta ameaça é tanto maior quanto o futuro. Este figura-se como desconhecido, o indivíduo tem poucos conhecimentos sobre a doença e o seu

aparecimento é súbito. Estas incertezas podem dificultar a tarefa do indivíduo no sentido de enfrentar eficazmente a ameaça de doença (Bennett, 2002).

Após avaliar a ameaça, o indivíduo envolve-se nas estratégias de *coping* que lhe permitem minimizar o desconforto emocional. Moos e Schaefer (1984) apresentaram um conjunto de objetivos que os pacientes definem para eles próprios neste momento, a saber: *coping* com a dor e outros sintomas; *coping* com o ambiente hospitalar e com os procedimentos de tratamento; desenvolvimento de relações eficazes com os profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde; preservação do equilíbrio emocional; preservação da autoimagem, a competência e o sentido de domínio sobre as suas experiências; manutenção de relações afetivas significativas com a família e os amigos e preparação para um futuro incerto (cit. por Bennett, 2002).

Desta forma, Moos e Schaefer propuseram uma categorização das estratégias de *coping* diferente. Esta categorização incluiu estratégias de *coping* focalizadas na avaliação, no problema e na emoção.

O *coping* centrado na avaliação implica a tentativa individual de dividir a situação em componentes possíveis de gerir, redefinindo-a de modo a torná-la mais controlável, de a negar ou de a evitar. Por sua vez, o *coping* centrado no problema inclui a procura de informação e o apoio e a utilização dessa informação para maximizar a possibilidade de atingir os objetivos propostos. Por fim, o *coping* centrado na emoção envolve o manter a esperança, a expressão emocional e a aceitação da doença.

Quando bem sucedidas, estas estratégias de *coping* possibilitarão uma adaptação saudável, reações emocionais mais equilibradas e comportamentos de *coping* eficazes. Porém, quando existe insucesso em conseguir atingir os objetivos identificados resultará

provavelmente em alterações do humor e na redução dos esforços de *coping* (Bennett, 2002).

Em suma, parecem existir igualmente padrões daquilo que consiste num *coping* eficaz para situações de doença, em que os factores mais importantes são a manutenção da autonomia e a aceitação (DeRidde, Boer, Lugtig, Bakker & Van, 2001). Desta forma, as pessoas doentes podem medir o seu *coping* não apenas tendo em conta a redução da perturbação associada à doença, mas também comparando as suas estratégias com modelos relativos à consideração de como devem confrontar os stressores que têm de enfrentar (Bennett, 2002).

Alguns autores sugeriram que existiam poucas diferenças entre os níveis de perturbação experienciada por pacientes com diagnósticos tão díspares como o cancro, a artrite reumatóide, a hipertensão ou a diabetes (Bennett, 2002).

Em jeito de conclusão, percebe-se que independentemente das estratégias de *coping* que se possam utilizar a perda constitui sempre uma experiência central no processo de doença.

A doença, seja mais do domínio físico ou mental, constitui-se como um stressor importante na medida em que tem o potencial de afetar todas as dimensões da vida pessoal, desde os aspetos mais individuais (cuidados pessoais, nível de energia, afetividade, autoestima), até aos mais sociais (relações familiares, trabalho, lazer). Apesar desta centralidade da experiência de perda, nem a Medicina nem a Psicologia têm dado a devida atenção a esta problemática, como evidenciado pela escassez de trabalhos publicados neste domínio, quer de natureza empírica quer conceptual (McIntyre, 1997).

Neste contexto, o sofrimento pode ser definido como um estado de desconforto severo provocado por uma ameaça atual ou percebida como iminente à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo. O sofrimento envolve igualmente a construção de significados profundamente pessoais, acompanhados de uma forte carga afetiva, e que são passíveis de modificar esse sofrimento (McIntyre, 1997). “Assim, o sofrimento é um estado de desconforto que envolve uma perda ou ameaça de perda a nível da identidade e integridade do indivíduo e uma alteração da sua percepção de futuro” (McIntyre, 1997, p. 21-22).

Segundo esta conceção, o sofrimento é caracterizado como biopsicossocial, envolvendo o indivíduo como um todo e de natureza multidimensional.

3.2. Questões Hospitalares: Quem é o paciente; tempo de intervenção; aspectos a considerar acerca da doença; contexto social, familiar e cultural do doente e importância da adesão ao tratamento

A forma como a organização de cuidados é feita, assim como, a cultura hospitalar são aspetos a ter em consideração pelo psicólogo que aspira integrar-se em contexto de trabalho hospitalar. Esta compreensão irá permitir enquadrar e potenciar a sua própria intervenção e perceber as expectativas e crenças do grupo de profissionais em relação ao seu trabalho (Pereira, 2001).

Existem inúmeras dificuldades que se instauram em termos de acessibilidade do doente aos serviços de saúde, e, conseqüentemente, às consultas de psicologia. Estas dificuldades podem desencorajar o utente a procurar os cuidados de saúde.

Nestes casos, é de extrema importância articular com o técnico de serviço social, no sentido da exclusão das barreiras ao transporte no acesso aos serviços de saúde. Sabe-se que a satisfação do doente com os cuidados recebidos é também uma variável importante não só ao nível da adesão terapêutica como no diagnóstico dos diferentes aspetos, que do ponto de vista do doente, são fundamentais em termos do seu tratamento e *coping* com a doença. (Pereira, 2001).

É crucial o psicólogo proceder a uma recolha de dados sobre a doença e prognóstico, sintomas físicos e os padrões de comportamento do doente, bem como, outras informações pertinentes acerca do seu estado de saúde (Smith & Nicassio, 1995). Forçamos esta ideia relembrando que o modelo biopsicossocial (Engel, 1977) é por natureza um modelo sistémico, contextualista, que exige uma avaliação multidimensional do indivíduo a vários níveis, nomeadamente: os aspetos da doença em si, o comportamento do paciente, o seu contexto social, familiar e cultural, e, finalmente, o próprio sistema de saúde a ter a atenção na intervenção (Smith & Nicassio, 1995).

Em contexto hospitalar o Psicólogo deve ter sempre os seguintes aspetos em linha de conta ao longo da sua intervenção: quem é o paciente; temporização da intervenção; aspetos a considerar acerca da doença, contexto social, familiar e cultural do paciente e a importância da adesão ao tratamento.

3.2.1. Quem é o Paciente?

Tendencialmente quando o doente se dirige ao sistema de cuidados de saúde a pedir ajuda, não o faz para aspetos psicológicos. Isto significa, que, geralmente fá-lo para pedir ajuda para o mal-estar, o sofrimento, provocado por uma qualquer presumível doença física (Pereira, 2001).

Só depois da primeira ou das primeiras consultas com o médico, ou outro dos que participam no diagnóstico e na referenciação, é que pode surgir a possível necessidade de apoio psicológico ou psicoterapêutico. De acordo com as necessidades do utente é que o médico ou outro pedem apoio ao psicólogo. Assim, na verdade é o médico quem pediu ajuda psicológica para o doente.

O doente é na maioria dos serviços hospitalares encaminhado para o psicólogo, nas reuniões de equipa. Desta forma, no seio da equipa multidisciplinar surgirá a discussão do caso. Não podemos esquecer que todas as informações que são partilhadas acerca do utente devem respeitar sempre o princípio da confidencialidade. Por esta altura e aquando das reuniões de seguimento de casos cada elemento da equipa deverá constantemente refletir acerca: de qual é a informação que poderá ser útil à equipa e, por conseguinte, ajudar o doente; qual é a informação que nunca deve ser divulgada (Pereira, 2001).

Em contexto de consulta de psicologia em ambulatório, é o paciente que o procura o Psicólogo, pode recorrer à expressão metafórica “então o que é que o traz por cá?”. Por outro lado, em alguns casos é solicitado ao psicólogo que se dirija ao internado. Geralmente este pedido ocorre porque um doente está particularmente

nervoso ou ansioso, o normal será que a seguinte se inverta e que o doente é que lhe faça aquela pergunta.

Os psicólogos em contexto hospitalar deverão ter em consideração que muitos doentes nem sequer sabem o que é o psicólogo, outros não sabem que existem psicólogos naquele serviço, outros pensam que os estão a considerar loucos, e muitas outras possibilidades. Deste modo, este apoio psicológico que se faz em contexto de internamento implicará, forçosamente, uma abordagem diferente (Pereira, 2001).

Outro dado de extrema importância que devemos considerar é o fato dos doentes que estão em enfermarias, não estão sózinhos. Isto é, existem outros doentes nas camas ao lado, que podem escutar o apoio do psicólogo ao doente, o que significa que este apoio tem limitações.

3.2.3. Tempo de intervenção

O apoio que é dado, em contexto hospitalar na maioria dos serviços, é breve. Esta brevidade traduz-se em duas maneiras distintas: no tempo que o psicólogo está com o doente em cada sessão e na frequência das sessões, ou seja, no número de sessões (Pereira, 2001).

A maioria dos doentes abandona o hospital e o número de sessões que é possível fazer, não só pela disponibilidade do doente para regressar à instituição de saúde, como pela própria instituição de saúde disponibilizar espaços e tempos para este tipo de atendimentos obriga a desenvolver intervenções mais breves do que o que é tradicional

em psicologia clínica. Devido aos aspetos supracitados, na maioria dos casos utilizam-se técnicas cognitivo-comportamentais.

Em suma, o tempo que o psicólogo passa com o doente é muito curto, não só quando o acompanha em contexto de internamento. Este modo de relacionamento está longe dos parâmetros que tradicionalmente são considerados na relação de apoio.

3.2.3. Aspetos a considerar acerca da doença

Em relação à doença é importante que o psicólogo clínico e da saúde conheça com rigor a sua natureza (Pereira, 2001).

Para o efeito, é importante a articulação com o médico assistente do paciente, no sentido de um conhecimento das consequências da doença. Desta forma, o psicólogo poderá perceber como o prognóstico poderá influenciar as expectativas, a vida emocional e social do doente, assim como, as representações pessoais que este faz da sua doença.

Assim percebemos que o psicólogo necessita, por um lado, de saber o estado de saúde geral do doente bem como a fisiologia da sua doença. Estes dados assumem-se com especial relevo, na medida em que, providenciam informação proeminente sobre o modo como as variáveis psicossociais poderão exercer influência no curso da doença. O contexto biológico da doença permite, igualmente prever com maior eficácia, o resultado das intervenções psicológicas (Smith & Nicassio, 1995).

Depois de recolhidas estas informações junto dos médicos assistentes, ou eventualmente, dos enfermeiros, a avaliação de questões sociopsicológicas do paciente por parte do psicólogo, engloba três dimensões, a saber:

1) As capacidades fundamentais. De acordo com Scherer (1995), as capacidades fundamentais relacionam-se com as faculdades cognitivas do indivíduo e o seu estatuto funcional que uma vez afectados pela doença podem criar incapacidades no indivíduo. (cit. por Pereira, 2001).

2) Aspectos psicológicos ou comportamentais. Desta forma, devem ser exploradas questões como a personalidade do sujeito, os estilos de *coping*, dor e, de uma forma geral, com toda a avaliação comportamental.

3) Funcionamento social. Neste nível incluímos os aspectos ligados com a família e suporte social, que serão explorados mais detalhadamente no ponto 3.2.4.

Devem ainda ser recolhidas informações acerca de variáveis relacionadas com o nível da saúde a avaliação, mais especificamente:

1) A qualidade de vida. A este nível a avaliação insere-se numa perspetiva de saúde e daí que as questões relacionadas com o estilo, saúde geral e qualidade de vida sejam essenciais (Pereira, 2001).

2) As representações que o doente possui bem como as suas atitudes são aspectos muito importantes que influenciam os aspectos relacionados com a adesão terapêutica bem como a postura do doente em todo o processo de reabilitação.

3) Relação profissional de saúde-paciente. A este nível todos os aspectos considerados pertinentes na relação profissional são importantes e de certa forma são influenciados por todos os outros níveis anteriormente referidos (Pereira, 2001).

Não podemos esquecer que cabe ao psicólogo aperceber-se dos níveis mais afectados e saber seleccionar aqueles que necessitam de ser avaliados para posteriormente serem alvo de intervenção. Assim, a história clínica do paciente do doente reveste-se,

obviamente, de suma importância, porque permite, não só elucidar o diagnóstico, como fornecer informação sobre o modo como o cliente lidou com problemas similares no passado.

3.2.4. Contexto social, familiar e cultural do paciente

O suporte social é, atualmente, um dos conceitos mais importantes para a psicologia da saúde (Dunbar, Ford & Hunt, 1998).

Suporte social define-se, grosso modo, como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason, et al., 1983, p. 127).

Cobb (1976) num texto clássico define suporte social como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva a pessoa a acreditar que é apreciado e que tem valor; informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

Por outro lado, Dunst e Trivette (1990) defendem que o suporte social diz respeito aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais, como a família, em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Diferentes autores fazem a distinção entre diversos tipos de suporte social. Por exemplo, suporte social psicológico e não-psicológico, o primeiro referindo-se ao fornecimento de informação e o segundo ao suporte social tangível (Cohen & McKay, 1984).

Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem suporte social percebido *versus* suporte social recebido. O primeiro refere-se ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele, e, o segundo descreve o suporte social que foi recebido por alguém. Outra distinção feita pelos mesmos autores é entre suporte social descrito *versus* avaliado, o primeiro referindo-se à presença de um tipo particular de comportamento de suporte e o segundo para se referir a uma avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda.

Wethington e Kessler (1986) realizaram uma investigação, com uma amostra de mil duzentos e sessenta e nove indivíduos, visando determinar se as variáveis de saúde estavam associadas com a percepção de suporte social ou com os aspetos objetivos do social, verificando que os resultados de saúde eram explicados melhor pela percepção de suporte social do que pelos aspetos tangíveis.

Ridder e Schreurs (1996) afirmam que doentes crónicos expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto o suporte social informativo, especialmente quando provém de amigos e familiares é visto como interferência indesejável.

Como referem Rodin e Salovey (1989) o suporte social alivia o distress em situação de crise. Isto significa, que este pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença (cit. por 1989).

O âmbito vasto do social é hoje aceite, indiscutivelmente, como importante, tanto para a saúde como para as doenças, embora se continue a discutir o que é que pode ser considerado como variável social no vasto domínio do social (Ribeiro, 1999).

A investigação tanto se refere a aspetos objetivos do social tais como, número de amigos, frequência de contactos, intensidade de contactos, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais, como a aspetos subjetivos, mais especificamente, a perceção que o indivíduo tem da adequação, e da satisfação com a dimensão social da sua vida.

Por tudo isto é de extrema importância que o psicólogo conheça a rede de suporte social e familiar do utente de forma a procurar aliados durante o processo de acompanhamento psicológico.

3.2.5. A importância da adesão ao tratamento

No que concerne ao tratamento, inúmeros pacientes percecionam os procedimentos, a que são sujeitos, como dolorosos e stressantes e, por isso, um conhecimento a esse respeito torna-se indispensável para que se possa ajudar o doente a lidar eficazmente com a doença e a aderir ao tratamento médico.

Sabemos que as representações estão relacionadas com o comportamento e, portanto, são um factor importante na questão da adesão terapêutica, a literatura revela também a importância da relação médico-doente na problemática da adesão (Pereira & Sofia, 2002).

Os efeitos secundários da medicação devem também ser reconhecidos e apreciados para se poder definir uma intervenção adequada às necessidades do paciente (Pereira, 2001).

Na realidade, e como seria de esperar, a correlação existente entre os comportamentos de saúde e adesão revela que são os sujeitos com um estilo de vida mais saudável os que melhor aderem à toma de medicamentos. Neste sentido, torna-se necessário que os programas de promoção de saúde sejam dirigidos, mais em particular, aos sujeitos que têm um estilo de vida menos saudável (Pereira & Silva, 2002).

Realça-se que esta questão da adesão ao tratamento será mais exaustivamente abordada no capítulo V da presente tese.

3.3. Trabalhar em Equipa

O hospital é uma instituição complexa, que envolve um grande número de especialidades. O psicólogo que exerce a sua profissão em contexto hospitalar fá-lo numa equipa multidisciplinar, o que, só por si, já exige níveis de competência elevados, a exigirem treino e formação (Ribeiro, 2005). A crescente inserção da Psicologia em equipas de saúde é hoje um fato reconhecido (LoBianco, Bastos, Nunes, & Silva, 1994). No âmbito hospitalar, sabe-se que a Psicologia vem participando mais ativamente na definição de condutas e tratamentos (Romano, 1999). Contudo, há queixas entre psicólogos de que muitas das suas observações clínicas não são prontamente aceites pelas equipas. Tais dificuldades têm gerado discussões sobre qual o modo mais apropriado da Psicologia se inserir nas equipas multidisciplinares (Tonetto & Gomes, 2007).

De qualquer modo o trabalho em equipa é hoje uma prática crescente no atendimento à saúde (Remor, 1999; Maclean, Plotnikoff & Moyer, 2000; Bucher, 2003 e Moré, Crepaldi, Queiroz, Wendt & Cardoso, 2004;) As equipas se caracterizam pelo modo de interação presente na relação entre profissionais, que pode ser interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar (Chiattonne, 2002; Maclean et. al., 2000).

A interação interdisciplinar consiste em discutir entre si a situação de um paciente sobre aspetos comuns a mais de uma especialidade. Por sua vez, é multidisciplinar quando existem vários profissionais a atender o mesmo paciente de maneira independente. Por fim, é transdisciplinar quando as ações são definidas e planeadas em comum (Tonetto & Gomes, 2007).

A definição da OMS de saúde bem como a crescente aceitação do modelo biopsicossocial contribuem em grande escala para o reconhecimento da importância do trabalho em equipa.

O trabalho em equipa em contexto hospitalar permite que os profissionais percebam os seus próprios limites e encontrem nos colegas de outras áreas profissionais apoio em relação às suas dúvidas. A forma como a organização de cuidados é feita, bem como, a cultura hospitalar são aspetos a ter em consideração pelo psicólogo que aspira integrar-se numa equipa de saúde (Romano, 1999; Pereira, 2001).

O papel primordial do psicólogo na equipa de trabalho é o de ser um generalista que é responsável pela contextualização do problema, quer ao nível das questões psicológicas e psicossociais quer ao nível do problema de saúde, isto ao nível de mudanças de estilo de vida, problemas de adesão ao regime médico ou simplesmente em relação ao impacto da doença no doente e na sua família (Pereira, 2001).

Como perito em comunicação e relação, o psicólogo tem um papel facilitador da comunicação entre os diversos protagonistas dos cuidados de saúde primários. Porém, muitas vezes a ausência de uma linguagem clara e objetiva é apontada como uma dificuldade ao trabalho do psicólogo em equipas de trabalho (Tonetto & Gomes, 2007).

Desta forma, esta facilitação da comunicação exige preocupação constante com uma intervenção quotidiana que vise a abertura dos canais de comunicação entre os técnicos de saúde e os utentes sempre que sejam identificadas dificuldades de comunicação. Neste contexto, o psicólogo deve ajudar os utentes a desenvolver melhores competências comunicacionais que facilitem a interação com os técnicos de saúde (Trindade, 2000).

Algumas pessoas podem não preparar as questões a colocar ao médico ou podem não ser capazes de as articular e desenvolver durante a consulta. Podem não fazer perguntas porque só mais tarde percebem que necessitam de mais informação. É um fato que os profissionais de saúde podem igualmente inibir ativamente as questões colocadas pelos pacientes dando respostas fechadas e através de outros sinais não-verbais. Este estilo pode ser facilitado pela relutância que alguns pacientes têm em fazer perguntas a médicos muito ocupados: uma reclamação frequente nos serviços de um hospital (Trindade, 2000).

Num contexto hospitalar, a comunicação deficiente pode ser exacerbada por uma falta de clareza acerca de quem tem permissão para dar informações aos doentes. Encorajar as perguntas pode influenciar de modo significativo o número de questões colocadas durante uma entrevista e a adesão às recomendações médicas. Porém, é evidente que algumas pessoas podem não querer ser informadas durante a consulta (Bennett, 2002).

Pelo descrito, o psicólogo deve igualmente intervir com os próprios técnicos de saúde. Esta intervenção com os técnicos pode desenvolver-se em contextos diferentes e complementares: reuniões de discussões de casos, trabalhos de grupo, participação em equipas de projetos de saúde (Trindade, 2000). É importante explicar à equipa de saúde que os pacientes frequentemente dão uma importância especial à dor e aos sintomas que interferem com as suas atividades diárias.

É de salientar ainda que muitas vezes os médicos preocupam-se mais com a gravidade e o tratamento de uma doença assintomática. Como consequência, os pacientes podem não compreender a ênfase do médico nos factores que eles consideram acidentais e não prestam atenção quando lhes é dada informação vital. Pelo contrário, podem não dar importância ao conselho do médico por pensarem que ele terá feito um diagnóstico errado. Os pacientes podem até dar indicações deturpadas acerca das suas verdadeiras preocupações. Uma percentagem muito significativa de pacientes preocupam-se por julgarem que têm uma doença grave. Antecipando o pior, apresentam o sintoma que mais os preocupa como se não tivesse qualquer importância e com muita frequência no final da consulta (Bennett, 2002).

3.4. Referenciação dos utentes para o psicólogo

Quando o doente se dirige ao sistema de cuidados de saúde a pedir ajuda, não o faz para aspetos psicológicos. Isto significa, que geralmente fá-lo para pedir ajuda para o mal-estar, o sofrimento, provocado por uma qualquer presumível doença física (Pereira, 2001).

É no âmbito da relação com o médico, ou outro dos que participam no diagnóstico e na referenciação, que surge a eventual necessidade de apoio psicológico ou psicoterapêutico. Desta forma, em contexto hospitalar é sempre o médico quem referencia o doente para a consulta de psicologia.

Um estudo realizado na Escócia indicou que o baixo índice de encaminhamento para o tratamento psicológico estava mais relacionado à falta de compreensão da prática do que à desconfiança dos métodos. A partir desses resultados, os autores concluíram que há necessidade dos psicólogos hospitalares investirem em canais de comunicação que permitam divulgar e esclarecer o trabalho que realizam ou podem realizar em hospitais (Wild 2003 citado por Pereira, 2001).

A intervenção do psicólogo torna-se mais útil para o médico quanto mais se constituir como relevante, prática e breve. Para tal, é importante que o psicólogo identifique junto do médico de família qual o (s) tipo (s) de utente (s) considerado(s) mais problemático(s), preocupante(s) ou frustrante(s) e, seguidamente, desenvolva competências nessas áreas (Trindade, 2000). Assim, os critérios de seleção de utentes para consulta e atendimento individual devem ser estabelecidos em função das necessidades concretas de cada serviço e deverão incluir a possibilidade de avaliação e/ou acompanhamento de casos problemáticos relacionados com as seguintes problemáticas: mudança de comportamentos e prevenção; processos de confronto e adaptação à doença e incapacidade; stresse induzido por procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento; comportamentos de adesão a rastreios, tratamentos médicos e atividades de autocuidados; crises pessoais e/ou familiares; perturbações de ajustamento; perturbações do desenvolvimento e do comportamento infantil; dificuldades de comunicação entre utentes e técnicos.

Apesar de se considerar aqui uma dimensão de atendimento individual, o facto de se articular com os médicos implica atenção permanente a características do ambiente familiar que podem influenciar a saúde dos seus membros, em particular crianças e adolescentes, que podem associar-se a stresse emocional, depressão e comportamentos de risco para a saúde.

Um grande número de intervenções individuais são do âmbito do aconselhamento psicológico em saúde, quer na perspetiva da promoção da saúde individual e da prevenção, quer do confronto e adaptação à doença (física e mental) e aos seus tratamentos.

É de referir que podem existir obstáculos à colaboração entre os psicólogos e os médicos que importa reconhecer e superar, mais especificamente no que se refere a perspetivas diferentes na abordagem teórica e prática dos problemas de saúde e à influência dominante do estatuto profissional e social dos médicos.

Assim para ultrapassar estas dificuldades, podem ter utilidade algumas *guidelines*, tais como: a intervenção psicológica deve ser geralmente breve, mas tem que ser eficaz; a focalização nos problemas do utente deve emparelhar com a focalização no seu estilo de confronto e nos seus recursos pessoais e sociais; sempre que indicado, o utente deve ser referenciado para outros especialistas (psiquiatra, terapeuta familiar) referência essa feita de acordo com o médico de família respetivo; a relação com os utentes é tão importante como a relação com os outros técnicos que prestam cuidados; o tipo de informação clínica a receber e o tipo de informação de retorno a transmitir devem ser acordados previamente com os médicos de família dos utentes; as diferenças existentes entre os diferentes discursos e práticas profissionais devem ser respeitadas; é necessário conhecer a cultura médica e organizacional própria dos serviços hospitalares.

3.5. Funções do Psicólogo em Contexto Hospitalar – Áreas de intervenção clássicas

O objetivo de qualquer intervenção terapêutica é conseguir alguma forma de mudança. A natureza dessa mudança pode ser completamente diferente de acordo com as características das pessoas envolvidas e com o resultado desejado. Desta forma, os principais alvos da psicologia clínica da saúde são a mudança de comportamentos que colocam uma pessoa em risco de doença ou de desenvolvimento da doença, os mediadores fisiológicos da doença, o humor quando este pode influenciar a resposta individual à doença ou até mesmo a sua evolução e ajudar os indivíduos a enfrentar as exigências específicas que se lhes deparam, seja como resultado da doença ou de aspetos relacionados com o tratamento (Bennett, 2002).

Os psicólogos que trabalham em contextos de saúde podem recorrer a diversificadas estratégias de intervenção, tais como: o aconselhamento centrado no cliente; a entrevista motivacional; o aconselhamento centrado no problema; a terapia cognitivo-comportamental; o treino de eficácia no *coping*; a expressão de sentimentos; o treino de gestão do stress e o condicionamento operante (Bennett, 2002).

O psicólogo que trabalha nos diferentes serviços de saúde pode intervir em diferentes serviços com os seguintes objetivos. De seguida são expostos alguns desses objetivos.

3.5.1. Preparação para a cirurgia e para procedimentos médicos stressantes

Antes de uma intervenção cirúrgica, todos os pacientes têm, por lei, de assinar uma declaração de consentimento informado, afirmando que a natureza da cirurgia lhes foi explicada e que consentem neste procedimento. Tal declaração salvaguarda o aspeto da desinformação dos pacientes ou da cirurgia inadequada. Infelizmente, este não é sempre o caso, visto existirem provas substanciais de que muitos pacientes não compreendem a natureza da cirurgia a que irão ser submetidos (Bennett, 2002).

Por exemplo, um estudo britânico da década de 1980 verificou que entre os 100 pacientes que tinham dado consentimento informado antes da cirurgia, 27 desconheciam qual o órgão envolvido e 44 não compreenderam os procedimentos básicos da cirurgia. Esta falta de compreensão pode contribuir para a ansiedade já existente numa situação stressante e ter um impacto negativo na recuperação da cirurgia em resultados tão variados como o tempo de recuperação, o uso de medicamentos para as dores, o tempo necessário para se ativar e a cura de feridas. Tais resultados são decepcionantes, particularmente se considerarmos os importantes benefícios inerentes a uma preparação adequada para a cirurgia (Bennett, 2002).

Podem ser usadas diversas estratégias com o objetivo de preparar os pacientes para lidar com os stressores associados à cirurgia.

A estratégia que revela ser mais eficaz é a de dar a informação adequada. Este procedimento pode ser dividido em vários elementos. A informação sobre os procedimentos inclui descrever aos pacientes os acontecimentos que irão ocorrer: medicação anestesia, acordar na sala de recobro, etc. A informação sensorial envolve

dizer o que irão sentir antes e depois da cirurgia. Pode ser dito, por exemplo, que é normal sentir algum grau de dor nos dias após a cirurgia a fim de controlar a ansiedade associada à experiência inesperada da dor. Nas intervenções mais complexas deve-se ensinar aos pacientes diversas estratégias de *coping*, incluindo o relaxamento e a reestruturação cognitiva (Bennett, 2002).

3.5.2. Controlo da dor aguda no hospital

A dor aguda resultante de lesão ou de procedimentos médicos pode ser reduzida através do uso de procedimentos psicológicos.

A minimização do uso dos analgésicos pode ser facilitada pelo aumento das perceções de autocontrolo dos pacientes sobre a experiência da dor e pela redução da ansiedade com ela relacionada. Isto pode ser conseguido através da preparação sensorial e sobre os procedimentos, pela resposta rápida a pedidos de medicação para as dores ou pelo uso de anestesia controlada pelo paciente (Bennett, 2002).

3.5.3. Aumentar a adesão

São identificadas como duas estratégias para aumentar a adesão aos tratamentos recomendados: aumentar a compreensão da condição de saúde e dos tratamentos e maximizar a satisfação sobre o processo de tratamento (Bennett, 2002).

Em relação ao aumentar a compreensão, tem sido utilizado um conjunto de estratégias para encorajar o envolvimento de um paciente nas consultas, numa tentativa de aumentar a compreensão e a memória sobre a informação dada. Roter (1977), por exemplo, estudou a importância do educador da saúde identificar as questões que um grupo de mulheres com baixo nível de conhecimentos queria colocar ao médico, escrevendo-as num pedaço de papel para ser levado para a consulta. A um segundo grupo de mulheres, que funcionou como grupo de controlo, foi fornecido um papel semelhante em que estavam escritos os números de telefone de diversas clínicas. As mulheres do grupo experimental fizeram mais perguntas diretas e compareceram com maior frequência nas consultas seguintes do que as mulheres do grupo de controlo. Contudo, consideraram a sessão muito stressante. Esses estados de ansiedade, o tempo que tais consultas demoram e os custos envolvidos podem evitar que este tipo de intervenção se torne mais frequente (Bennett, 2002).

De qualquer forma, estes e outros dados sugerem que se os pacientes forem encorajados a dar a sua opinião, ou se receberem instruções explícitas para pedir esclarecimentos, podem conseguir-se alguns ganhos nas medidas de satisfação e de adesão. Talvez não surpreendentemente, os níveis mais elevados de compreensão e de adesão foram detetados quando não existia conflito entre o paciente e a perspectiva do médico e se prescrevia a medicação que os pacientes solicitavam (Bennett, 2002).

Por outro lado, um dos aspetos que influencia de modo mais consistente a satisfação dos pacientes é quando o médico é visto como dando informação adequada. Nestes termos, as estratégias até agora consideradas devem promover elevados níveis de satisfação (Bennett, 2002).

Descobriram-se ainda muitos outros factores que influenciam a satisfação do paciente, incluindo a duração da consulta (mais longa é melhor), a relação continuada entre médico e paciente e a acessibilidade e disponibilidade dos médicos.

Em suma Ley (1997) identificou alguns elementos chave no processo de maximizar a adesão aos regimes médicos: realizar o tratamento mais simples e mais curto possível; identificar as representações de doença e do tratamento do paciente; identificar as concepções erradas e tentar corrigi-las. Usar um tratamento alternativo, se possível e necessário; adequar o tratamento ao padrão de comportamento do paciente; assegurar-se de que o paciente fica satisfeito com a quantidade de informação dada; assegurar-se que o paciente compreende completamente quando e como tomar a medicação; assegurar-se de que o paciente compreende o racional do regime de tratamento; quando possível, providenciar informação escrita de apoio; o follow-up verificar a adesão e os factores que a podem afectar; fornecer feedback acerca do progresso, talvez através do autoregisto.

Os procedimentos propostos por Ley não são os únicos modos de maximizar a adesão: o tratamento eficaz da depressão, os índices ambientais, envolver outros membros da família, assim como o uso de auxiliares de memória e o fornecimento de comprimidos em caixas apropriadas podem promover a adesão à medicação em determinadas populações. A possibilidade de tomar a medicação de forma discreta pode ajudar aqueles que têm de manter um horário muito complexo e exigente a aderir aos regimes médicos (1997).

3.5.4. Trabalhar com doentes terminais: dar más notícias

Muitos técnicos de saúde consideram extremamente difícil discutir estas questões, acerca do fim da vida com os pacientes e com as suas famílias.

Por vezes, são os familiares, e não os pacientes, que são informados do prognóstico provável, o que os coloca numa situação muito angustiante e problemática, do ponto de vista ético. A informação pode ser revelada por diversas razões. Muitos profissionais de saúde consideram os seus pacientes muito vulneráveis e temem a perturbação emocional causada pela informação sobre o seu estado de saúde (Bennett, 2002).

Em muitos casos os médicos não se sentem apoiados e querem evitar o fardo emocional de lidar com a angústia dos pacientes. Além disso, são poucos os profissionais de saúde que recebem treino em estratégias específicas que os possam ajudar a dar más notícias de modo a facilitar a adaptação psicológica (Bennett, 2002).

De qualquer modo, a prática correta estabelece que se deve dar ao paciente a oportunidade de ser informado e de poder discutir o seu estado. Um aspeto essencial ao dar más notícias é o de fornecer a informação adequada aos conhecimentos do indivíduo e às suas necessidades no momento da entrevista. Dar más notícias a pacientes que não têm qualquer consciência da gravidade da sua situação é mais difícil (Bennett, 2002).

Nestes casos é de extrema importância evitar dar abruptamente a informação potencialmente angustiante, na medida em que isso pode levar o paciente à negação ou causar uma perturbação emocional forte (Bennett, 2002).

Em contexto hospitalar, a prática correta devia significar que, tendo ou não sido informado sobre o seu estado de saúde, o paciente deve ter oportunidade para falar acerca das questões. Contudo, se os pacientes estiverem com outras pessoas, é importante que os que se encontram envolvidos no processo conheçam o que foi dito a cada doente. Dada a exigência emocional feita aos profissionais de saúde envolvidos no processo de dar más notícias, é igualmente importante que este profissional tenha acesso a uma rede de apoio, caso venha a necessitar dela (Bennett, 2002).

3.5.5. Ajudar doentes terminais

Trabalhar com doentes terminais não envolve apenas aspetos relacionados com a preparação psicológica para a morte. Um elemento muito importante destes cuidados envolve o registo e tratamento dos sintomas físicos que tais pessoas podem experienciar.

As pessoas com cancro podem experienciar dor, dificuldades respiratórias, sonolência, perda do controlo da bexiga e perda de apetite. Alguns destes sintomas podem ser minorados através de uma ajuda psicológica; outros podem ser minorados através de tratamentos farmacológicos. O controlo da dor, por exemplo, pode requerer um regime farmacológico apropriado em combinação com algum tipo de intervenção psicológica (Bennett, 2002).

Frequentemente não é apenas o doente a experienciar angústia quando o momento da morte se aproxima. Os familiares e os amigos podem experienciar uma reação semelhante à do paciente. Este processo, conhecido como luto preparatório, pode envolver a negação, a cólera e a depressão. Permitir que as pessoas discutam essas

questões, o que pode igualmente ser feito com a pessoa que está a morrer, pode ajudá-los a confrontar a situação (Bennett, 2002).

Este período pode igualmente ser usado para permitir ao doente e aos seus familiares a recordação de todas as coisas boas que fizeram juntos, para chorar por experiências que não foram tão bem sucedidas e para expressar desgosto pelos acontecimentos que nunca irão ocorrer. Podem existir «assuntos inacabados» que os doentes gostariam de resolver e a necessidade de expressar sentimentos ou de se despedir. Algumas famílias podem beneficiar de ajuda neste processo (Bennett, 2002).

Para além das áreas de intervenções expostas não nos podemos esquecer que o psicólogo hospitalar assume um papel fundamental em outras áreas de intervenção, como por exemplo, apoio na adaptação à doença física e incapacidade adquirida, avaliação psicológica e do funcionamento intelectual, melhoria da qualidade de vida e do bem-estar, mudança em comportamento de vista, apoio em perturbações emocionais associadas à doença física, etc. Alguns dos serviços hospitalares em que podemos encontrar psicólogos são: psiquiatria e pedopsiquiatria, pediatria, neurologia, neurocirurgia, doenças infecto-contagiosas, dor e cuidados continuados/paliativos, altas problemáticas, oncologia, oncologia pediátrica, cirurgia, ortopedia, nefrologia, medicina do trabalho, medicina física e reabilitação, entre outros.

3.6. Considerações Finais

O hospital é uma instituição complexa, que envolve um grande número de especialidades. A crescente inserção da Psicologia em equipas de saúde é hoje um fato reconhecido (LoBianco, Bastos, Nunes, & Silva, 1994). No âmbito hospitalar, sabe-se

que a Psicologia vem participando mais ativamente na definição de condutas e tratamentos (Romano, 1999). Contudo, há queixas entre psicólogos de que muitas das suas observações clínicas não são prontamente aceites pelas equipas. Tais dificuldades têm gerado discussões sobre qual o modo mais apropriado da Psicologia se inserir nas equipas multidisciplinares (Tonetto & Gomes, 2007).

O papel primordial do psicólogo na equipa de trabalho é o de ser um generalista que é responsável pela contextualização do problema, quer ao nível das questões psicológicas e psicossociais quer ao nível do problema de saúde, isto ao nível de mudanças de estilo de vida, problemas de adesão ao regime médico ou simplesmente em relação ao impacto da doença no doente e na sua família (Pereira, 2001).

Desde há muito que a Psicologia demonstrou a efetividade das intervenções psicológicas em contexto de saúde, sendo eficaz no tratamento de uma panóplia de problemas que emergem ao longo do ciclo de vida.

O campo destas intervenções estende-se desde as perturbações mentais propriamente ditas, ou seja, a depressão, a ansiedade generalizada, as perturbações de pânico, as perturbações de stresse pós-traumático, as perturbações do comportamento alimentar, as perturbações de consumo de substâncias até um conjunto de patologias clínicas como a doença cardiovascular, o cancro, dor crónica, entre outras. Estas patologias são tratáveis ou geridas a nível dos Cuidados Hospitalares e/ou Cuidados de Saúde Primários.

O crescimento dos problemas de saúde mental e saúde física referidos, traduz-se no aumento da utilização de recursos de saúde e consumo de medicamentos. A nível da medicação, entre 2004 e 2009, observou-se um crescimento de 25,3% no consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos.

Atualmente verifica-se também um crescimento acentuado de patologias crónicas, associadas a um estilo de vida pouco saudável, que exigem um grande consumo de recursos de saúde e que apresentam elevado impacto na funcionalidade do indivíduo requerendo capacidades de adaptação e mudança face a novas situações por exemplo, doença cardiovascular. O aumento destas patologias reflete-se no aumento dos gastos com a saúde, por exemplo através do aumento da utilização de recursos e consumo de medicamentos, contribuindo para um aumento dos gastos com a saúde em geral e com os medicamentos em particular.

A deterioração do estado de saúde da população desencadeia elevados custos indiretos avaliados através do aumento do absentismo, de baixas médicas, aumento dos encargos do Estado com benefícios fiscais para os doentes, bem como redução da produtividade (OPP, 2011).

Nos últimos anos desenvolveram-se inúmeras investigações para comprovar a efetividade da intervenção psicológica. Estas investigações permitiram concluir que este tipo de intervenções minimiza o sofrimento e um conjunto de consequências sociais e económicas que estas perturbações acarretam (OPP, 2011).

Os economistas da saúde e os psicólogos têm desenvolvido análises de custo-efetividade que permitem avaliar a efetividade das intervenções psicológicas na redução dos custos com saúde. Os estudos desenvolvidos apontam para a efetividade e potencial da intervenção psicológica na melhoria do estado de saúde do cidadão e na redução dos custos diretos (número de consultas; número de dias de internamentos; consumo de fármacos) e indiretos (absentismo; redução dos encargos do Estado com os benefícios fiscais para o doente e menor produtividade) (OPP, 2011).

Estudos desenvolvidos pela London School of Economics and Political Science permitem verificar que a intervenção psicológica tem um grau de custo-efetividade que possibilita não só pagar a própria intervenção como obter ganhos em saúde. Isto acontece porque a intervenção psicológica tem custos reduzidos e taxas de recuperação elevadas comparativamente aos custos elevados da incapacidade. Estes dados são confirmados noutros países. Por exemplo, investigação Canadiana conclui que a intervenção psicológica permite uma poupança de cerca de 20 a 30% nos custos diretos da saúde, através da redução da utilização dos cuidados de saúde (OPP, 2011).

O benefício da intervenção psicológica verifica-se num conjunto de outras patologias, não necessariamente relacionadas com a perturbação mental, tais como doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, artrite reumatóide, diabetes, dor crónica, entre outras. Os ganhos obtidos permitem uma redução do recurso aos serviços e de consumo de medicamentos, uma maior adesão à terapêutica e facilitação da mudança de comportamentos (OPP, 2011).

Outros resultados, que complementam estas conclusões, advêm da investigação da efetividade das intervenções psicoterapêuticas breves. Este tipo de abordagens, entre 6 a 8 sessões, reduz o número de recaídas e de recorrências de eventos depressivos/ansiosos. Estes efeitos permitem uma redução dos custos diretos (no de consultas e indiretos com a saúde, por exemplo redução do absentismo laboral e até mesmo outros custos económicos (OPP, 2011).

Em suma, os estudos existentes, sobretudo análises de custo-efetividade, indicam que intervenção psicológica é custo-efetivo e que a poupança de tal ordem elevada que permite pagar a própria intervenção e ainda obter ganhos. Desta forma, a intervenção psicológica permite uma redução dos custos para o sistema de saúde maior

do que o custo da própria intervenção, o que resulta numa elevada poupança e ganho para a saúde (OPP, 2011).

Neste enquadramento, seria de todo importante que gestores, administradores e responsáveis por hospitais e sistema de saúde nacional, atribuíssem mais importância aos profissionais de psicologia e ao seu trabalho, de forma a melhorar a qualidade de vida e bem-estar subjetivo dos utentes. Hoje, sabemos que as variáveis psicossociais exercem uma grande influência no curso da doença.

Outro dado a realçar é que atualmente os psicólogos lidam com inúmeras dificuldades relacionadas com a acessibilidade do doente aos serviços de saúde, e, conseqüentemente, às consultas de psicologia. Estas dificuldades podem desencorajar o utente a procurar os cuidados de saúde.

Em suma, sabemos que as intervenções psicológicas têm impacto positivo num conjunto de doenças, nomeadamente ao nível da redução da mortalidade, morbilidade, e redução da utilização dos cuidados de saúde, por exemplo, redução dos internamentos hospitalares. As intervenções baseadas no modelo biopsicossocial são custo-efetivas e permitem uma redução na despesa de saúde (OPP 2011).

CAPÍTULO IV- O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM INCAPACIDADE FÍSICA ADQUIRIDA

A perda constitui uma experiência central no processo de doença. A doença constitui-se como um stressor importante na medida em que tem o potencial de afetar todas as dimensões da vida pessoal, desde os aspetos mais individuais, como os cuidados pessoais, o nível de energia, a afetividade e a autoestima, até aos mais sociais, como as relações familiares, o trabalho e o lazer (McIntyre & McIntyre, 1995).

O sofrimento pode ser definido como um estado de desconforto severo provocado por uma ameaça atual ou percebida como iminente à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo (Cassell, 1982).

Não podemos esquecer que o sofrimento é caracterizado como biopsicossocial, envolvendo o indivíduo como um todo, e de natureza multidimensional. Assim, o sofrimento envolve a construção de significados profundamente pessoais, acompanhados de uma forte carga afectiva, e que são passíveis de modificar esse sofrimento (McIntyre, 1995).

A imagem do corpo consiste na representação cognitiva e emocional, que temos do nosso corpo (Ribeiro & Ribeiro, 2003). Schilder (1981) constatou que o corpo tem uma série de funções, essenciais para a saúde mental e para vida relacional, considerando o corpo um objeto de relação e comunicação da pessoa com o mundo e consigo própria.

Na área da reabilitação encontram-se alterações da imagem do corpo associadas, por exemplo, a situações de lesão vertebro-medular, a acidentes vasculares cerebrais, a

traumatismos cranianos, a situações relacionadas com sentimentos de falta de controlo e de sensibilidade dos membros (ex. paraplegias e tetraplegias), estando também ligada a uma desvalorização da imagem estética. Nas situações em que há lesão cerebral, como nos *A.V.C.*, nos *T.C.E.* e, por vezes, nos casos de tumor, é frequente surgirem somatoagnosias em que pode haver um desconhecimento de partes do corpo e dificuldades de coordenação motora (Castro Caldas, 2000).

Importa salientar ainda que quando ocorre uma lesão corporal (perda de parte do corpo ou das funções do mesmo) existe quase sempre uma alteração da imagem do corpo, a qual está relacionada com sentimentos de desvalorização, baixa autoestima, diminuição da qualidade de vida, sentimentos de tristeza e ansiedade e dificuldade em se adaptar à nova realidade (Galhordas & Lima, 2004).

Oliveira (2000) considera que a problemática psicológica relacionada com a vivência de uma incapacidade física depende sobretudo do indivíduo. No entanto, o autor considera igualmente que as perdas inerentes à deficiência, independentemente da sua maior ou menor gravidade, podem originar respostas emocionais mais ou menos previsíveis, embora sujeitas a uma importante variabilidade individual.

Verwoedt (1972, cit. por Cardoso, 1996) considera que a interação de uma multiplicidade de factores como as características da doença física, as características do sujeito e as características da situação, prediz a forma como o indivíduo vivência a doença.

Para Oliveira (2000) os factores vulgarmente apontados como capazes de influenciar a experiência de incapacidade são, aspetos culturais, recursos sociais e materiais, fases do ciclo de vida e história pessoal prévia.

4.1. Incapacidade Física Adquirida

O desenvolvimento civilizacional da nossa sociedade, e os notáveis progressos médicos a que temos assistido, traduzem-se efetivamente numa vida melhor e extraordinariamente facilitada.

A esperança de vida aumentou assustadoramente. Prevendo os biólogos modernos que já neste século seja perfeitamente possível atingir idades incansáveis. No entanto, a população com incapacidades físicas adquiridas é atualmente tão vasta que justifica só por si um crescente interesse como área de investigação, mas principalmente de intervenção a múltiplos e variados níveis.

À escala mundial, estima-se que existam cerca de 500 milhões de pessoas com incapacidades múltiplas, aproximadamente 10 a 12% da população. Incapacidades estas, capazes de interferir nas atividades de vida diária de um modo significativo. As doenças crónicas representam um significativo fardo em termos económicos e de qualidade de vida a nível mundial (Surgenor, Horn, Hudson, Lunt & Tennent, 2000).

A incapacidade adquirida pode desafiar muitos dos princípios fundamentais de qualquer pessoa. A disrupção do percurso normal de vida pode alterar o significado personalizado das noções de tempo, espaço e capacidade judicativa. A doença contextualiza-se individual e socialmente, afetando o equilíbrio psicodinâmico do sujeito em relação com o meio envolvente. A pessoa em causa confronta-se com uma situação nova, radicalmente diferente, capaz de lhe limitar o desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares como até então sucedia (Oliveira, 1998).

As especificidades de uma incapacidade física adquirida podem realçar aspetos um pouco diversos, consoante a sua gravidade, prognóstico e grau de invalidez que

possa provocar. Só por si, o novo estado de saúde pode desencadear alterações no comportamento e no modo de ser do indivíduo, passando a doença a constituir um marco importante e determinante na «história pessoal de vida» (Oliveira, 1994).

Esta nova situação é capaz de provocar uma regressão afetiva e necessidades novas de segurança e proteção acompanhadas de ansiedades desestruturantes que podem ser projetadas e depositadas na própria rede de suporte social (Moor, 1972 cit por Oliveira, 2000).

Importa realçar que o sofrimento que a pessoa sente não se limita à dor física. Os aspetos psicológicos envolvidos nestas problemáticas podem ser múltiplos e são capazes no seu extremo de desencadear reações verdadeiramente catastróficas. Aqui, o indivíduo depara-se com duas opções perante a incapacidade física adquirida, empreende o mais rapidamente possível para a sua recuperação total ou a morte. Tendencialmente, o facto de continuar a viver, ainda que de forma radicalmente diferente, constitui uma enorme tarefa de adaptação, exigindo lidar com a perda (Oliveira, 2000).

Acrescenta-se que no momento de instalação do *handicap* a doença torna-se central na vida da pessoa. Esta só consegue pensar naquilo que se tornou por oposição àquilo que pessoa só consegue pensar naquilo que se tomou por oposição àquilo que foi (Pierre, 1992). Isto é, devido ao *handicap* torna-se necessário proceder a novas aprendizagens em domínios corporais, sexuais, psicoafectivos, familiares, profissionais, sociais, etc.

Desta forma, o momento de instalação do *handicap* impõe uma nova adaptação tornado possível pelo trabalho de luto. Esta reconstrução faz-se em função da nova realidade, participando também a realidade passada que, geralmente se encontra muito

idealizada, servindo de modelo ao qual o presente se deve conformar ou servindo somente de ponto de partida para a readaptação ulterior (Galhordas & Lima, 2004).

4.2.A Reabilitação

A reabilitação pode ser definida como um conjunto de medidas que auxiliam os indivíduos que sofrem ou são susceptíveis de experiência de incapacidade para atingir e manter o funcionamento ideal em interação com o seu ambiente (WHO, 2011).

É importante desde já distinguir os conceitos de reabilitação e habilitação. A habilitação, visa ajudar aqueles que adquirem deficiência congénita ou no início da vida a desenvolver o seu funcionamento máximo. Por outro lado, a reabilitação, aqueles que experimentaram uma perda de função são assistidos para recuperar funcionamento máximo (WHO, 2011).

Embora o conceito de reabilitação seja amplo, nem tudo o que podemos fazer com deficiência pode ser incluído neste termo. A reabilitação visa a melhoria no funcionamento individual. Por exemplo, melhorar a capacidade de uma pessoa para comer e beber de forma independente. A Reabilitação também inclui fazer alterações ao meio ambiente do indivíduo, por exemplo, através da instalação de um corrimão banheiro (WHO, 2011).

Fala-se de reabilitação da pessoa como um todo, ou seja, física e mentalmente. Já vimos nos capítulos anteriores que a noção de que o físico e o psicológico são indissociáveis e interdependentes não é, felizmente, uma conceção nova. Nesta

perspetiva, a reabilitação da pessoa não surge só como aspetos psicológicos ligados a esse corpo, cujo funcionamento não se encontra intacto (Galhordas & Lima, 2004).

Historicamente, o termo reabilitação tem descrito uma série de respostas à deficiência, a partir de intervenções para melhorar a função do corpo para medidas mais abrangentes desenhadas para promover a inclusão (WHO, 2011).

Para algumas pessoas com deficiência, a reabilitação é essencial para poder participar na educação, no mercado de trabalho e na vida cívica. Todavia, a reabilitação é sempre voluntária, e algumas pessoas podem necessitar de apoio na tomada de decisões sobre as escolhas de reabilitação. Em todos os casos, a reabilitação deve ajudar a capacitar a pessoa com deficiência e as suas famílias (WHO, 2011).

A reabilitação reduz o impacto de uma ampla gama de condições de saúde. Normalmente a reabilitação ocorre por um período de tempo específico, mas pode envolver intervenções únicas ou múltiplas empregues por um indivíduo ou uma equipa de trabalhadores de reabilitação, e pode ser necessário desde a fase aguda ou inicial imediatamente após o reconhecimento de uma condição de saúde através de fases de pós-agudos e manutenção (WHO, 2011).

Outro dado relevante é que a reabilitação envolve a identificação de problemas e necessidades de uma pessoa, relacionando os problemas a fatores relevantes da pessoa e do meio ambiente, a definição de metas de reabilitação, o planeamento e a execução das medidas e avaliar os efeitos. É um facto que as pessoas com deficiência e suas famílias experimentam melhor saúde e funcionamento quando eles são parceiros na reabilitação (WHO, 2011).

As medidas de reabilitação têm como alvo funções e estruturas do corpo, atividades e participação, fatores ambientais e fatores pessoais. Contribuem para que

uma pessoa alcance e mantenha o funcionamento ideal em interação com o meio ambiente, utilizando-se os seguintes resultados gerais: prevenção da perda de função, retardando a taxa de perda da função; melhoria ou recuperação da função e manutenção da função atual (WHO, 2011).

A reabilitação pode ser realizada em contexto hospitalar ou comunitário e os seus resultados mostram benefícios e mudanças no funcionamento de um indivíduo ao longo do tempo que são atribuíveis a uma única medida ou conjunto de medidas. Tradicionalmente, as medidas resultantes da reabilitação têm incidido sobre o nível de disfunção do indivíduo. Mais recentemente, os resultados de medição foram, estendidos para incluir a atividade individual e os resultados de participação.

As medidas de atividade e resultados da participação avaliam o desempenho do indivíduo numa variedade de áreas, mais especificamente, a comunicação, mobilidade, autocuidado, educação, trabalho e emprego e qualidade de vida.

Importa salientar que as atividades e participação dos resultados também podem ser medidas por programas. Por exemplo, estes programas incluem o número de pessoas que permanecem ou retornam à sua casa ou comunidade, as taxas de vida independente, as taxas de retorno ao trabalho e horas gastas em lazer e atividades recreativas. Os resultados de reabilitação também podem ser medidos por meio de mudanças no uso dos recursos, por exemplo, reduzindo as horas necessárias a cada semana (WHO, 2011).

A disponibilidade de serviços de reabilitação em diferentes contextos varia dentro e entre países e regiões. A reabilitação médica e terapia são normalmente fornecidas em hospitais de cuidados agudos de condições com início agudo.

As equipas de reabilitação trabalham essencialmente em três áreas: Medicina Física e Reabilitação, Terapias e Tecnologias de Apoio (WHO, 2011).

1) A Medicina Física e Reabilitação preocupa-se com a melhoria do funcionamento através do diagnóstico e no tratamento de problemas de saúde, reduzindo deficiências, e a prevenção ou tratamento de complicações. Os médicos com experiência específica em reabilitação médica são referidos como fisiatras, médicos de reabilitação, ou especialistas em física e reabilitação (WHO, 2011). Médicos especialistas, como psiquiatras, pediatras, geriatras, oftalmologistas, neurocirurgiões e ortopedistas podem estar envolvidos na medicina de reabilitação, assim como uma ampla gama de terapeutas (Yeng, Stump, Kaziyama, Teixeira, Imamura & Greve, 2001).

2) A terapia preocupa-se com a restauração e compensação da perda de funcionamento, e prevenção ou retardamento da deterioração do funcionamento em todas as áreas da vida de uma pessoa. Nas equipas de reabilitação podemos encontrar terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, ortopedistas, psicólogos, reabilitação e assistentes técnicos, assistentes sociais e fonoaudiólogos. As medidas de terapia podem incluir: o treino, os exercícios e as estratégias compensatórias, a educação, o apoio e o aconselhamento, as modificações para o ambiente e a provisão de recursos e tecnologia assistencial (WHO, 2011).

3) Um dispositivo de tecnologia de apoio pode ser definido como qualquer item, peça de equipamento ou produto, seja ele adquirido comercialmente, modificado ou personalizado, que é usado para aumentar, manter ou melhorar as capacidades funcionais das pessoas com deficiência. Os exemplos mais comuns de dispositivos de assistência são: muletas, próteses, cadeiras de rodas e triciclos para pessoas com dificuldades de mobilidade, aparelhos auditivos e implantes cocleares para as pessoas com deficiência auditiva; bengalas brancas, lupas, dispositivos oculares, livros adaptados e software para ampliação de tela e leitura para pessoas com deficiência visual, placas de comunicação e sintetizadores de voz para pessoas com deficiências de

fala, dispositivos tais como calendários dia com fotos símbolo para pessoas com comprometimento cognitivo (WHO, 2011).

4.2.1. Constituição da equipa de trabalho dos serviços de Medicina Física e Reabilitação

O problema colocado ao acompanhamento dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas deixou assim de ser exclusivamente médico. Passou a ser encarado sob um ponto de vista globalizante e holístico, pelo que impôs a necessidade da atuação de equipas interdisciplinares muito vastas, e que podem incluir, os seguintes profissionais (Delisa, 1992):

a) Fisiatra: O médico fisiatra procede à avaliação e ao tratamento de reabilitação. Usualmente é o líder do processo de reabilitação, e aquele que acompanha todo o processo terapêutico;

b)Terapeuta ocupacional: O terapeuta ocupacional avalia e treina o paciente para as atividades de vida diária. Este profissional explora as habilidades vocacionais e os interesses do paciente, bem como, avalia o domicílio e sugere alterações que eliminem os obstáculos físicos; educa o paciente e a sua família;

c) Fisioterapeuta: O fisioterapeuta presta serviços de recuperação funcional, avalia e qualifica a força muscular, o equilíbrio, os processos de transferências. Outra função deste profissional é oferecer várias modalidades de terapia física como as técnicas de calor e de frio e de hidroterapia, estimulação eléctrica, massagem;

d) **Enfermeiro de Reabilitação:** Este profissional de saúde avalia o estado de saúde do doente e ajuda a determinar objetivos a curto e a longo prazo. Fornece igualmente informações provenientes das ciências físicas, sociais e comportamentais e adota uma atitude de vigilância para com o paciente. Deve também fornecer informações sobre os factores higiénicos e ambientais, o uso do equipamento, as necessidades específicas, o manuseamento da medicação;

e) **Terapeuta da fala:** Este profissional providencia a avaliação e o tratamento de problemas, neurológicos ou não, que interferem na comunicação, promove a reeducação vocal e educação do paciente e da família no que concerne à comunicação. Pode igualmente avaliar e treinar o uso de dispositivos de comunicação não-verbal;

f) **Assistente Social:** O assistente social interage com o paciente, com a família e com a equipa de reabilitação e avalia toda a situação de vida individual e familiar. Discute igualmente assuntos económicos, providencia a assistência quando é necessário optar por condições de vida alternativas;

g) **O Psicólogo:** Este profissional ajuda o paciente e outros significativos a prepararem-se para uma participação total na reabilitação. Avalia a personalidade, a tolerância à frustração, as estratégias de *coping*. O psicólogo incorpora igualmente os resultados no plano de intervenção/tratamento, de aconselhamento, do desenvolvimento das aptidões de resolução de problemas secundários causados pelas doenças; avalia funções cognitivas e procede a uma intervenção psicoterapêutica. As funções deste profissional serão mais detalhadamente descritas no ponto 5.3. do presente capítulo.

4.2.2. Modelos de intervenção vocacionados para a população com incapacidades físicas adquiridas

Os modelos de intervenção direcionados à população com incapacidades físicas adquiridas procuraram explicar como o paciente reage perante esta nova realidade de doença. Estes modelos permitem igualmente aos membros da equipa de reabilitação reorientarem a sua intervenção com base nos seus pressupostos. De seguida são expostos resumidamente três desses modelos, mais especificamente, o modelo dos estádios, o modelo comportamental e o modelo da resolução sistemática de problemas.

1. Modelo dos Estádios

O Modelo dos estádios foi proposto por Shonts, que esteve sempre associado à reabilitação médica (cit. por Oliveira, 2001).

O pressuposto de base deste modelo é que as pessoas perante uma crise no seu percurso de vida responderiam emocionalmente de uma forma ordenada e previsível. Este autor baseava-se então em três suposições básicas: as pessoas respondem ao início das incapacidades de modo previsível e específico; atravessam uma série de estádios ao longo da evolução temporal e de reabilitação; e, todos aceitam ou resolvem as suas crises emocionais depois um determinado tempo (Oliveira, 2001).

Porém, a investigação sistematizada e rigorosa que abordou estas temáticas revelou algumas incongruências relativamente a estas suposições, a saber:

a) Atualmente sabe-se que não existe um padrão de resposta universal ao início de uma patologia, deficiência ou incapacidade, e, portanto, as respostas das pessoas não são nem muito específicas e muito menos, previsíveis;

b) Estudos longitudinais comprovaram que as respostas emocionais não seguem um padrão determinado após uma lesão;

c) E por fim, muitos autores colocam em dúvida o alcance pleno de um estágio final de resolução. Todavia, parecem existir diversas razões para que se acredite numa evolução faseada, baseada sem dúvida em algumas concepções desenvolvimentais com grande aceitação no passado (Oliveira, 2001).

Na reabilitação de sujeitos com incapacidades físicas adquiridas é frequente os profissionais encontrarem situações imprevisíveis e de grande intensidade emocional. Tudo indica que um modo de neutralizar medos ocasionados por tais situações é rotular o paciente como estando num estágio particular. Esta estratégia ajuda a transformar um comportamento inicial potencialmente ameaçador e a manter um maior distanciamento na relação (Oliveira, 2000).

Para finalizar, e não menos importante, há que contar com a crença sedutora e, por vezes, irrealista de que todos os pacientes ultrapassam as suas incapacidades e atingem um estágio final de ajustamento ou resolução.

2. Modelo Comportamental

O Modelo comportamental retira mais pormenorizadamente aspetos de uma conceptualização teórica bem fundamentada e há muito reconhecida. Este modelo apenas assume uma realidade específica da reabilitação: a importância de factores externos em determinar o ajustamento de uma pessoa, com a conseqüente valorização dos comportamentos observáveis (Oliveira, 2001).

Neste sentido, neste modelo aplicam-se as noções de reforço e punição.

De um modo geral, este modelo de atuação, perspectiva o paciente com o confronto de quatro tarefas principais, que passamos a elencar:

- a) O paciente deve permanecer no ambiente de reabilitação;
- b) Este deve eliminar comportamentos incongruentes com a incapacidade;
- c) Deve assim adquirir comportamentos congruentes com a incapacidade;
- d) E, por fim, conseguir manter o desempenho desses comportamentos congruentes com a incapacidade (Oliveira, 2001).

A principal estratégia adotada é a redução de aspectos aversivos do ambiente de reabilitação. Aqui aparentam ser extraordinariamente importantes dois tipos de situações: fuga ou evitamento, por exemplo, devaneios, repúdios e recusas; e, comportamentos agressivos, rebeldes ou caprichosos.

Podemos então melhorar comportamentos ditos congruentes com a incapacidade: através de reforços que ocorram naturalmente no ambiente (aqui assinala-se a importância do aconselhamento vocacional e recreação terapêutica); por meio de

intervenções com modificações no domicílio, implicando a designação de um membro da família para monitorizar e reforçar programas de terapia domiciliar (Oliveira, 2001).

Devemos, no entanto, ter em conta que as declarações que indicam uma crença no eventual retorno da função física podem requerer anos para se extinguir. Assim, a equipa não deve reforçar nem punir verbalizações não realistas. Em vez disso é aconselhável uma resposta verbal sugerindo neutralidade benigna, mas demonstrando alguma dúvida (Oliveira, 2001).

3. Modelo da Resolução Sistemática de Problemas

Segundo este modelo, considerado, mais eclético, as atividades propostas são sempre orientadas para a resolução do problema e centradas no paciente (Oliveira, 2001).

Surge neste modelo a necessidade de métodos e técnicas de resolução sistemática dos problemas que não apresentam uma solução padrão. Desta forma, o processo de reabilitação passa a ser um caminho à descoberta da melhor escolha para cada uma das fases de desenvolvimento, e que usualmente são esquematizadas em três:

1) *Análise do problema e orientação*: deve comportar a anamnese, exames adequados, a primeira conclusão diagnóstica e prognóstica, avaliação das possibilidades funcionais, formulação de objetivos primários e específicos entre outros aspetos;

2) *Síntese da formulação*: diz respeito à definição do nível das capacidades funcionais, da avaliação do objetivo final estabelecido, estabelecimento de um plano de reabilitação e, por fim, coordenação da equipa envolvida;

3) *Resolução do problema*: comporta a coordenação e harmonização, realização de um plano de ação, vigilância (com controlo, ajustamentos, e discussão) e alcance do resultado final/cumprimento do objetivo proposto ou resolução do problema.

Em suma, os aspetos de natureza relacional, tendo em conta o sofrimento mental do sujeito, e as funções terapêuticas das inter-relações, acabam por assumir, também neste campo, uma posição que ultrapassa a mera descrição sintomatológica, para procurar uma visão compreensiva dos fenómenos em causa (Oliveira, 2001).

4.3. Intervenção do Psicólogo na Incapacidade Física Adquirida

Sabe-se que danos físicos podem então ocasionar distúrbios emocionais, perda de identidade e baixa de autoestima. A pessoa com incapacidade física adquirida procura frequentemente apoio psicológico num serviço/unidade de reabilitação. O facto de se constituir como utente de um serviço médico indica-nos logo à partida um diagnóstico de perda.

Pierre (1996) considera que a reação psicológica é tão brutal quanto inesperada e grave foi a instalação do handicap. Assim, em caso de traumatismos, o acidente e a alteração irreversível do corpo provocam um choque emocional grande.

Segundo este autor durante a fase aguda em que o paciente se encontra hospitalizado é possível encontrar vários tipos de manifestações agudas como

ansiedade, tristeza, raiva, sentimentos de frustração, agitação, choro, autoacusação, desespero, etc. Por vezes, surgem quadros confuso-oníricos com sentimentos de desrealização (“isto não me está a acontecer”) e uma impressão de pesadelo constante. São também frequentes fases de inibição que se traduzem por uma sensação de anestesia global psíquica e física e sensação de ser insensível a tudo. É na fase aguda e subaguda que se podem instalar atitudes regressivas em que o paciente pede uma assistência superior à que realmente necessita (Galhordas & Lima, 2004).

Hammell (1995) sugere que também é comum surgirem situações de negação de perda de capacidades. Este mecanismo surge porque a realidade da perda é muito dolorosa para ser admitida, embora as circunstâncias não deixem margem para dúvidas. Na realidade não é o *handicap* que está a ser negado, mas os afectos negativos ligados ao mesmo.

A culpabilidade e a agressividade podem surgir na medida em que o *handicap* pode assumir para o indivíduo o valor de uma punição. Na maioria das vezes predomina o sentimento de injustiça e culpabilidade. A pessoa procura fazer frente a atitudes de revolta e raiva. Ocorrem sentimentos de agressividade para com um corpo atingido, prova flagrante de punição, que o leva a assumir uma atitude de sacrificado submetendo-se a um sofrimento levado ao extremo na reabilitação (Barat & Pierre, 1998).

Langer (1994), defende uma diferença acentuada entre a fase aguda e a evolução crónica da doença.

Numa fase aguda, o indivíduo depara-se com duas opções: empreender o mais rapidamente possível para a sua recuperação total ou a morte. Usualmente, o facto de continuar a viver, ainda que de forma radicalmente diferente, constitui uma enorme

tarefa de adaptação, exigindo lidar com a perda. Nesta fase o psicólogo tem que orientar o seu trabalho para o apoio no processo de luto e aceitação da perda. Não esquecendo que as perdas dependem em parte do significado que é atribuído ao que é perdido (Oliveira, 2000).

Já o psicólogo que se depara com a incapacidade física adquirida na fase crónica deve considerar questões, tais como:

a) A evolução da condição de doença, ou seja, deve perceber esta é estável ou progressiva, aguda ou crónica; episódica ou estática;

b) Compreender se a doença é ou não acompanhada de dor física e/ou desconforto;

c) Deve investigar qual o tempo de evolução;

d) Procurar dados acerca da personalidade pré-morbida do paciente;

e) Recolher quais os recursos sociais disponíveis, tendo em conta a sua idade, estilo pessoal e a forma como elementos significativos lidam eles mesmo com a incapacidade do familiar;

f) Compreender o significado pessoal da incapacidade para o sujeito, bem como a sua capacidade de tolerar a frustração;

g) Perceber quais as repercussões da doença noutras dimensões, como por exemplo, na situação financeira, na qualidade de vida, nos contactos sociais futuros e na acessibilidade ambiental;

h) E, por fim, as experiências prévias ou contactos em relação à situação de incapacidade. Por exemplo, a situação pode ser percebida como um desafio ou somente mais uma dificuldade a acrescentar a outras na vida (Langer, 1994).

4.3.1. O luto e a depressão

Em contexto de incapacidade física adquirida é relevante distinguir as situações de luto e depressão, na medida em que, no contexto hospitalar, estas duas situações por vezes se confundem (Galhordas & Lima, 2004).

Após a perda de capacidades físicas, é frequente surgirem situações em que está presente o sentimento de tristeza. No entanto, a tristeza nem sempre é sinónimo de depressão, pois também está presente no processo de luto. Desta forma, no processo de luto e na depressão assiste-se a uma reação com algumas semelhanças ao nível dos sinais e sintomas. Esta reação é desencadeada pela perda de um objecto privilegiado, seja, uma parte do corpo, perda de funções físicas ou de estatuto social (Wolpert, 1999).

O luto é definido como uma reação normal à perda de um objeto importante, constituindo uma fase transitória e necessária da readaptação do investimento a novos objetos. Por outro lado, a depressão é a reação de uma personalidade marcada pela extrema dependência ao objeto perdido (Coimbra de Matos, 2001).

Por outro lado, a depressão consiste numa intolerância à perda do objeto, porque este é do tipo funcional ou complementar (um instrumento ou um prolongamento do próprio), ou seja, o sujeito sente ao perdê-lo que se destaca e afasta uma parte essencial de si mesmo (Coimbra de Matos, 2001).

A perda de capacidades físicas pode ser sentida como algo que descaracteriza surgindo portanto, a depressão. Por outro lado, a pessoa que consegue fazer o luto, sente que apesar de ter perdido capacidades físicas, na sua essência continua a mesma (Galhordas & Lima, 2004).

A pessoa que realiza um luto consegue adaptar-se à perda de capacidades físicas e consciencializa a impossibilidade de realizar o projeto passado, o que a conduz à elaboração de um projeto de vida coerente com as capacidades atuais. Por outro lado, a pessoa que se deprime, é a maior parte das vezes incapaz de aceitar a perda de capacidades, bem como do projeto planeado e tão desejado. A pessoa deprimida agarra-se ao passado, logo não é capaz de imaginar a vida futura, vive num desejo impossível de realizar (Galhordas & Lima, 2004).

Acrescenta-se ainda que não há depressão sem culpa e sobretudo sem inferioridade porque a perda de amor do objeto provoca uma baixa de autoestima (Coimbra de Matos, 2001). A depressão está ligada a uma baixa de autoestima, ou seja, a pessoa desvaloriza-se e sente-se incapaz de realizar o que se propõe. Na situação de luto, apesar de existirem sentimentos de inferioridade, não ocorre uma significativa baixa de autoestima, pois a pessoa sente-se capaz de realizar os seus projetos (Galhordas & Lima, 2004).

Na depressão surgem sintomas de desânimo, tristeza, inferioridade e culpa, bem como perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (Wolpert, 1999; Coimbra de Matos, 2001). O sintoma característico é o abatimento, a apatia e a desmotivação, enquanto no luto é a tristeza.

Kaplan e Sadock (1984) consideram que após uma perda de capacidades é comum ocorrer uma reação de tristeza que persiste por algum tempo. Estes autores

acrescentam que apenas se a tristeza for demasiado prolongada ou grave é que esta deve ser considerada atípica.

Também Livneh (1991) considera que durante o ajustamento à incapacidade, o luto e a depressão podem surgir como reações muito similares, diferindo sobretudo nas posições que ocupam num contínuo temporal. Deste modo, enquanto o luto é de curta duração, a depressão e a tristeza de uma parte do corpo perdida ou de uma função corporal perdida é sentida durante um longo período de tempo.

Em suma, a pessoa a realizar um luto pode estar triste, revoltada, sem apetite, com insónias ou mesmo com alguma necessidade de isolamento, mas a intensidade e temporalidade destes sintomas é circunscrita. Porém, permanece que o interesse pelas coisas que a rodeiam, motivação para a reabilitação física e elaboração de um novo projeto de vida. Contrariamente, a pessoa em depressão apresenta os supracitados sintomas com uma intensidade e durabilidade maiores, apresentando ainda um desinvestimento geral que se reflete na reabilitação física e na elaboração de um novo projeto de vida (Galhordas & Lima, 2004).

4.4.Considerações Finais

A incapacidade adquirida pode desafiar muitos dos princípios fundamentais de vida de qualquer pessoa. A disrupção do percurso normal de vida pode alterar o significado personalizado das noções de tempo, espaço e capacidade judicativa. Um acontecimento, como uma doença por exemplo, mesmo que insignificante clinicamente

e sem repercussões de relevo, pode causar um sofrimento por vezes brutal. O sofrimento não se limita à dor física, decorrendo da violação da integridade da própria pessoa como um todo, e não somente da agressão ao corpo ou às funções por si usualmente desempenhadas (Langer, 1994; Oliveira, 2000).

A pessoa em causa confronta-se com uma situação nova, radicalmente diferente, capaz de lhe limitar o desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares como até então sucedia.

Só por si, o novo estado de saúde pode desencadear alterações no comportamento e no modo de ser do indivíduo, passando a doença a constituir um marco importante e determinante na história pessoal de vida (Oliveira, 1994).

No que diz respeito às relações com semelhantes, no contexto da incapacidade física, são raros os indivíduos que se confortam com a simples consciência de igualdade, conhecendo e interagindo com terceiros em situações análogas. Mas, tal como nos diz Langer (1994) esta interação pode contribuir para originar um sentido de perspectiva, embora o sentimento de perda não sofra significativas alterações.

A situação de incapacidade adquirida pode desafiar alguns dos pressupostos básicos sobre o próprio sujeito e o mundo em geral. Os aspectos psicológicos envolvidos podem ser múltiplos, capazes no seu extremo de desencadear reações verdadeiramente catastróficas. As perdas inerentes à incapacidade, independentemente da sua maior ou menor gravidade, físicas, cognitivas ou simbólicas podem originar respostas emocionais mais ou menos previsíveis, certamente sujeitas a uma importante variabilidade individual (Oliveira, 2000).

Apesar da situação de perda de capacidades ser complexa, na medida em que suscita múltiplas perdas, é possível a elaboração da perda e a reorganização por parte da

pessoa. São vários os aspectos que contribuem para este processo. Factores como funcionamento, aspetos culturais, recursos sociais e materiais, fases do ciclo de vida e história pessoal prévia, são aqueles mais vulgarmente apontados como capazes de influenciar a experiência de incapacidade (Galhordas & Lima, 2004).

Um aspeto que se assume como essencial é a tomada de consciência da lesão ou da doença por parte da pessoa. Deste modo é importante informá-la acerca das possibilidades da reabilitação, competindo à pessoa verificar as limitações que a situação de lesão lhe provoca (Oliveira, 2004).

É importante a consciencialização da realidade por parte do paciente, mesmo que esta lhe suscite sofrimento psicológico. Só consciencializando quais as suas limitações se torna claro o que é capaz de realizar e o que lhe pode dar prazer. Neste contexto, e em termos práticos, durante um internamento relativamente prolongado (por exemplo, três a quatro meses) as pessoas podem beneficiar em ir a casa aos fins de semana, pois isto permite-lhes uma maior consciencialização das suas limitações e capacidades (Glass, 1999).

Outro aspeto muito importante para a readaptação à lesão é a capacidade da pessoa investir em si própria, não desistindo do seu projeto de vida, desde que este seja coerente com as suas capacidades. A este respeito há que relembrar a distinção das situações de luto e de depressão. No primeiro caso há tristeza e sofrimento psicológico, mas não há desinvestimento no meio e no próprio. No segundo caso há uma desistência que se pode traduzir por uma apatia generalizada, o que torna necessária uma intervenção psicológica (Oliveira, 2000).

Não menos importante é o suporte emocional das pessoas que rodeiam o sujeito, ou seja, o mais importante é a pessoa sentir-se amada e apoiada pelas pessoas próximas (Oliveira, 2000).

Em contexto de reabilitação é fundamental o trabalho em equipa multidisciplinar. Desta forma, importa que cada profissional, à sua maneira ajude as pessoas com incapacidade física adquirida (Oliveira, 2000).

A empatia é outro aspeto a ter em consideração por parte dos elementos da equipa de reabilitação. Desta forma, só poderemos ajudar *o outro* se tivermos a capacidade de nos descentrarmos e de nos colocarmos na pele dele, o que nos fará estar mais próximos, nas situações de sofrimento e de revolta e nas de felicidade e confiança. (Oliveira, 2000).

O respeito pelo sofrimento do outro é um factor que fortalece a relação, dando-lhe espaço para estar triste, sozinho, ansioso e revoltado. Verifica-se que muitas vezes se dá pouco espaço para as pessoas estarem tristes, negando-se um sofrimento que é natural e humano. É essencial permitir à pessoa que possa sofrer e, conseqüentemente tolerar a frustração, pois só assim ela pode crescer psicologicamente e estar preparada para orientar a sua vida. Isto é, tolerar a frustração e suportar o sofrimento é importante não só nas situações de reabilitação, mas também na saúde mental e no crescimento do ser humano nas diversas etapas da sua vida (Galhordas & Lima, 2004).

O trabalho dos profissionais de saúde em reabilitação passa também por suportar um pouco a dor psicológica da pessoa. A aceitação do sofrimento do outro permite ajudá-lo na elaboração do seu luto e na reorganização da sua vida.

O trabalho do profissional de saúde em reabilitação apresenta-se gratificante na medida em que “toda a finalidade do tratamento (...) é recuperar as capacidades

perdidas” (Oliveira, 2001, p. 13). Contudo, o sentimento de impotência perante algumas doenças, e em particular, alguns doentes, cuja cura completa parece não ser possível, e que usualmente arrastam graves consequências sociais, pessoais e familiares, desencadeia, por vezes, sentimentos no profissional de saúde que precisam de ser pensados.

Neste contexto, é importante que os profissionais de saúde tomem consciência das limitações da sua atividade profissional. Por muito esforço que possam fazer, existem situações que não são passíveis de serem resolvidas (Oliveira, 2000).

Por fim, importa realçar que a literatura científica relativa ao acompanhamento psicológico de indivíduos com défices físicos e incapacidades adquiridas é, na verdade muito escassa.

Grzesiak e Hicok (1994) encontraram alguns motivos para este facto: tradicionalmente, a psicologia na reabilitação tem realçado os processos somatopsíquicos, esquecendo-se de variáveis ambientais/ecológicas; a maioria das leituras efetuadas sobre intervenção neste domínio tem focado modelos de abordagem comportamental clássica, não diferindo em grande medida da intervenção junto da população sem incapacidades físicas; por outro lado, os próprios psicólogos têm prestado maior atenção a áreas particulares que podem contribuir para o processo global da reabilitação, negligenciando porém questões da personalidade ou da psicopatologia, complexas mas fundamentais.

CAPÍTULO V- QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO

De seguida será feita uma breve exposição dos indicadores que serviram de base para o estudo efetuado, mais especificamente, a *QV*, sintomatologia depressiva e adesão à terapêutica.

5.1. Qualidade de Vida

Pode-se constatar que o conceito *Qualidade de Vida (QV)* é um termo utilizado essencialmente segundo duas vertentes: 1) na linguagem quotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; 2) no contexto de investigação científica, em diferentes campos do saber, como a economia, a sociologia, a educação, a medicina, a enfermagem, a psicologia e outras especialidades da saúde (Seidl & Zannon, 2004).

Concretamente na área da saúde o interesse pelo conceito *QV* é relativamente recente e decorre, em parte, de novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do sector nas últimas décadas. Com esta mudança de paradigma, a melhoria da *QV* passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais como das políticas públicas para o sector, nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (Seidl & Zannon, 2004).

Atualmente observa-se um envelhecimento substancial da população. Não só a expectativa de vida é mais elevada como a natalidade diminuiu o que, em conjunto, tende

a aumentar a idade média da população. Verifica-se igualmente um aumento muito significativo das doenças crónicas na população em geral.

Perante o cenário exposto houve necessidade de investir na evolução da tecnologia. Assim, os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controlo de enfermidades relacionadas com o processo de envelhecimento ou com doenças crónicas, têm acarretado o aumento da sobrevida e/ou vida longa das pessoas. A propósito desta situação, Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chamovich, Vieira et al. (n.d., p.20) “ a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham a sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, na procura de acrescentar anos de vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos”.

Como já foi referido no *capítulo I* da presente tese, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifactoriais e complexos. Desta forma, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados por um lado, com os aspetos económicos e socioculturais, e por outro, com variáveis relacionadas à experiência pessoal e estilos de vida.

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas para o sector também é possível identificar interesse crescente pela avaliação da *QV*. Deste modo, informações sobre a *QV* têm sido incluídas tanto como indicadores para a avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos portadores de agravos diversos, quanto em comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (Seidl & Zannon, 2004).

Outro interesse está diretamente relacionado às práticas assistenciais quotidianas dos serviços de saúde e refere-se à *QV* como um indicador nos julgamentos clínicos de

doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades acarretam para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e da sua adaptação à condição. Nesses casos, a compreensão sobre a *QV* do paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciam decisões e condutas terapêuticas das equipas de saúde (Seidl & Zannon, 2004).

Apesar desta progressiva adoção das medidas de *QV* nos contextos de saúde, por exemplo, enquanto medida auxiliadora na definição ou avaliação da eficácia de um tratamento, existem ainda algumas questões relativas à definição e utilidade do conceito, nomeadamente no que respeita à área da saúde mental (Gameiro, Corona, Pereira, Carnavaro, Simões, Rijo, et al., 2008; Aigner, Förster-Streffleur, Prause, Freidl, Weiss & Bach, 2006).

Por fim, o interesse crescente pelo conceito de *QV* pode ser exemplificado, por indicadores de produção de conhecimento, associados aos esforços de integração e de intercâmbio de investigadores e de profissionais interessados no tema. Pode-se mencionar o surgimento do periódico *Quality of Life Research*, editado a partir do início dos anos 90 pela *International Society for Quality of Life Research* (Seidl & Zannon, 2004).

5.1.1. Aspetos históricos do conceito de *QV*

Existem indícios de que o termo surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30, segundo um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da *QV* (Seidl & Zannon, 2004).

Na década de 70, Campbell (1976, p. 558) tentou explicitar as dificuldades inerentes à conceituação do termo *QV*: “*QV* é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”. A citação dessa afirmação, feita há cerca de trinta anos, ilustra a ênfase dada na literatura mais recente às controvérsias sobre o conceito desde que este começou a aparecer na literatura associado a trabalhos empíricos (citado por Seidl & Zannon, 2004).

Uma definição clássica, do tipo global, é datada de 1974, (Andrews, p. 1448) “*QV* é a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados”. A noção de que *QV* envolve diferentes dimensões configura-se a partir dos anos 80, acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do fenómeno (citado por Seidl & Zannon, 2004).

Costa Neto, ao trabalhar a publicação de Cummins, intitulada *Directory of Instruments to Measure QV and Correlate Areas*, publicada em 1998, identificou 446 instrumentos que tentavam medir o conceito de *QV*, no período de setenta anos. O acentuado crescimento nas últimas duas décadas é representativo dos esforços voltados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica (Seidl & Zannon, 2004).

5.1.2. A *QV* em geral

A investigação sobre a *QV* visava todas as dimensões da vida das pessoas e toda a população. Os primeiros estudos procuraram identificar os domínios que eram decisivos para a *QV* (Seidl & Zannon, 2004).

Campbel et al. (1976), por exemplo, reconheceram 12 domínios ou dimensões da *QV*, a saber: comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, nação, vizinhança, *self*, padrão de vida, e trabalho (citado por Seidl & Zannon, 2004).

Já Flanagan (1982) noutro estudo utilizando um método diferente, identificou 15 domínios semelhantes aos anteriormente mencionados: conforto material, saúde e segurança pessoal, relações familiares, ter e criar filhos, relações de proximidade com a esposa ou parceiro sexual, amizades íntimas, ajudar e encorajar os outros, participação em assuntos de governo locais, aprender, ir à escola, aumentar o conhecimento, aumentar o conhecimento sobre si próprio e conhecer os seus pontos fortes e limitações, trabalhar em algo que seja interessante, que tenha mérito e que seja recompensador, expressar-se de uma forma ativa, socializar-se com os outros, ler, ouvir música, ver desporto ou outros entretenimentos, participar em recreação ativa.

Em ambos os estudos expostos a saúde constitui um dos domínios identificados como importantes e, mais, como o domínio que melhor explicava a *QV* (Ribeiro, 2002).

É importante perceber que qualquer dos domínios da *QV* pode ser estudado só por si: por exemplo, a *QV* familiar, a *QV* no trabalho ou, como é o caso que nos interessa aqui, a *QV* na Saúde. No contexto específico da saúde, *QV*, pode ter significado mais amplo ou mais restrito (Ribeiro, 2002).

O conceito de *QV* generalizou-se e popularizou-se em ambientes de Saúde, onde é, frequentemente referido como *Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde* (Ribeiro, 2002).

5.1.3. Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde

Como já foi referido anteriormente o domínio da saúde é o que explica melhor a *QV* em geral, e muitos autores assumem uma forte identidade entre o conceito de *QV* e o conceito de saúde tal como ele é definido pela *OMS* em 1948.

Um sistema de saúde que responda e satisfaça as necessidades do doente tal como este as entende tem origem nos anos sessenta no âmbito do movimento dos direitos dos doentes. Os direitos dos doentes passam pela assunção de que o doente é o elemento central do sistema de saúde e de cuidados de saúde. A este respeito Laine e Davidoff (1996) empregam a expressão *Cuidados Centrados no Doente*. Esta expressão refere-se aos cuidados de saúde que estão em consonância com as necessidades, desejos e preferências do doente. A peça central e unificadora deste movimento, segundo estes autores, seria a avaliação da *QV*.

Na sequência da aceitação desta perspectiva as recomendações sobre a boa prática médica fazem referência à consideração da *QV* como um *endpoint* importante a considerar na avaliação das intervenções médicas (Bucher, Guyatt, Cook, Holbrook & McAlister, 1999). Neste contexto o conceito de *QV* generalizou-se e popularizou-se em ambientes de saúde.

Alguns autores previnem que os termos *QV* e estado de saúde aparecem na literatura muitas vezes quase como sinónimos (Fries & Spitz, 1990). Por outro lado, Kaplan e Anderson (1990), Ware (1991) e Hermann (1993) consideram que estes conceitos são substancialmente diferentes.

Ware (1991), argumenta que a *QV* é um conceito muito mais abrangente do que o de saúde sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir aquela.

Bowling (1995) explica que a *QV* no campo da saúde se refere à percepção dos efeitos do estado de saúde na capacidade para viver uma vida plena.

Já Bowling e Windsor (2001), realçam que, os conceitos de *QV*, bem-estar, felicidade e boa vida são foco de grande confusão. Bem-estar subjetivo é definido por Horley (1984) como um estado em que o indivíduo se sente feliz, saudável ou afortunado, ou em que, pelo menos, tem a crença que é feliz. Horley (1984) define ainda o conceito de satisfação como gratificação, numa proporção apropriada, dos maiores desejos da vida.

5.1.4. Definição de Qualidade de Vida

Em 1994 a *OMS* definiu *QV* como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1994).

Pretendeu-se, assim, salientar o caráter subjetivo da autoavaliação do indivíduo, encontrando-se este necessariamente posicionado num contexto social, cultural e físico específico (WHO, 1995).

Porém, a ausência de definição da *QV* no campo da saúde e o fato do conceito ser utilizado há pouco tempo tem levado à produção de inúmeras definições, nem sempre conciliatórias. De seguida são expostas algumas definições de *QV*: *QV* é um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência da doença ou incapacidade (Cramer, 1994); *QV* é a percepção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para si, Leidy, Revicki e Genesté (1999); *QV* é o sentimento pessoal de bem-estar que provém da satisfação ou insatisfação com domínios da vida que são importantes para a pessoa (Ferrans and Powers, 1992); *QV* é a diferença entre as expetativas pessoais e o que está a acontecer realmente na vida pessoal (Calman, 1984).

Verifica-se que cada uma destas definições tem adoptado técnicas próprias de avaliação e mostram a possibilidade de divergências acerca do conceito. A amplitude de conceitos explícitos ou implícitos nas definições vão desde a definição de saúde fundadora dada pela *OMS*, passando pelo bem-estar, satisfação ou diferença entre expetativas. (Ribeiro, 2002).

Por meio das definições expostas pode-se ainda perceber que existem duas tendências quanto à definição do conceito de *QV* na área de saúde: *QV* como um conceito mais geral e *QV* relacionada à saúde, como já foi argumentado nos pontos anteriores. No primeiro caso, *QV* apresenta uma visão mais ampla, influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou doenças. Ilustra esta visão a definição que foi adoptada pela *OMS*, no estudo que teve como intuito principal

elaborar um instrumento que avaliasse a *QV* numa perspetiva internacional e transcultural. Um aspeto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição geral do termo *QV* é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de problemas de saúde específicos (Leal, 2006).

Acrescenta-se que no que diz respeito ao termo *QV* relacionado com a saúde, este é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes ao conceito mais geral. No entanto, parece implicar os aspetos mais diretamente associados às doenças ou às intervenções em saúde. De seguida são transcritas algumas definições que ilustram o acima referido:

“É a interpretação subjetiva que o paciente faz de diferentes aspetos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde.” (Guiteras & Bayés, 1993, p. 179);

“Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida.” (Cleary, Wilson & Fowler, 1995, p. 91);

“É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, tratamento ou políticas de saúde.” (Patrick & Erickson 1993, p. 1384, citado por Seidl & Zannon, 2004).

É possível reconhecer, nas definições acima apresentadas a referência ao impacto da doença na qualidade de vida (Leal, 2006).

Alguns autores defendem os enfoques mais específicos da *QV*, assinalando que esses podem contribuir para melhor identificar as características relacionadas a uma

determinada doença. Outros ressaltam que algumas medidas de *QV* relacionada à saúde têm abordagem eminentemente restrita aos sintomas e às disfunções, contribuindo pouco para uma visão abrangente dos aspectos não médicos relacionados à *QV* (Leal, 2006).

5.1.5. *QV*: Autoadministração, Variação Temporal, Subjetividade e Multifatorialidade

Apesar da existência de inúmeras definições, nem sempre conciliatórias, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a alguns aspectos relevantes do conceito de *QV*. Estes aspectos são: a *autoadministração*, a *variação temporal*, a *subjetividade* e a *multifatorialidade* (Schipper, Clinch e Power, 1990).

A *autoadministração* significa que a *QV* da pessoa que está a ser avaliada só pode ser interpretada por ela. A investigação tem demonstrado que a concordância na avaliação da *QV*, entre o próprio cuja *QV* está a ser avaliada, os que lhe são próximos, e os profissionais de saúde, é modesta (Leal, 2006).

Por outro lado, a *variação temporal* significa que a *QV* varia com o tempo. Por causa desta característica flutuante a avaliação da *QV* deve dar particular atenção aos momentos, e intervalos, de avaliação ao longo do tratamento (Leal, 2006).

Já a *subjetividade*, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida. Isto significa que, o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à *QV*.

A este respeito estudiosos salientam, então, que *QV* só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais de uso do conceito quando *QV* era avaliada por um observador, usualmente um profissional de saúde. Desta forma, há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde (Leal, 2006).

Por fim, no que se refere à *multifactorialidade* significa que os parâmetros de *QV* abrangem mais do que um único aspeto ou domínio. Esta refere-se ao reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objeto de pesquisa científica, em estudos empíricos, usando metodologias qualitativas e quantitativas (Seidl & Zannon, 2004).

O estudo da *OMS* contribuiu para a compreensão da multidimensionalidade do conceito de *QV*. Este estudo foi desenvolvido com um projeto multicêntrico, cuja construção ocorreu em quatro etapas: (a) clarificação do conceito de *QV* por especialistas oriundos de diferentes culturas; (b) estudo qualitativo, em 15 cidades de 14 países, com grupos focais formados por pacientes com doenças diversas, profissionais de saúde e pessoas da população em geral, para explorar as representações e o significado do termo em diferentes culturas; (c) desenvolvimento dos testes de campo para análise factorial e de confiabilidade, validade de constructo e validade discriminante (Seidl & Zannon, 2004).

A natureza multidimensional do constructo foi validada, de modo empírico, a partir da emergência de quatro grandes dimensões ou factores: (a) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (b) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (c) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre

os relacionamentos sociais e os papéis sociais adoptados na vida; (d) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

Além dessas dimensões, obteve-se uma avaliação da *QV* percebida de modo global, mensurada por quatro itens específicos. As quatro dimensões – subdivididas em 24 facetas – mais os itens referentes à *QV* geral constituem o *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS*, que foi utilizado no estudo empírico da presente tese (Seidl & Zannon, 2004).

5.1.6. Modelos de *QV*

Existem inúmeros modelos para explicar a *QV*. Hyland (1992) afirma que a *QV* costuma ser representada segundo duas abordagens, que denomina de “Abordagem Multifacetada” e “Abordagem Processual-Causal”.

A primeira, que os autores referem como a abordagem tradicional na área médica, consiste na agregação de vários indicadores de saúde de consenso alargado, relativamente independentes e sem ligação clara entre eles. A segunda descreve a *QV* como uma sequência causal resultante de interações entre a morbidade e factores psicológicos (Ribeiro, 2002).

De acordo com Hyland (1992), na abordagem tradicional a *QV* é normalmente considerada um resultado independente de dados de morbidade e de mortalidade. Isto é, a *QV* e a morbidade são analisados como variáveis dependentes sem relação entre elas. Em oposição, a Abordagem Processual-Causal assume que a *QV* deverá ser afetada pela morbidade e, por isso, correlacionada com ela. Mas porque a *QV* é afetada

igualmente por factores psicológicos, a avaliação da *QV* deverá representar algum tipo de interações causais entre aspectos psicológicos e morbidade (Leal, 2006).

Spilker (1990) propõe um modelo em que os aspetos clínicos a par de outros, por exemplo, relacionados com o tratamento tais como, a segurança e eficácia, com as reações adversas ao tratamento, com os efeitos clínicos benéficos, e com a adequação e os custos, são filtrados pelos valores, crenças e julgamentos do doente, resultando desta teia a avaliação da *QV*.

Ormel (1997) propõe um modelo de compreensão de como as consequências da doença afetam a *QV*, em que os sintomas e as limitações funcionais colocam constrangimentos nas atividades, capacidades e recursos usuais do doente, aumentando por isso, as dificuldades e reduzindo os meios comportamentais para alcançar objetivos instrumentais, com efeitos negativos subseqüentes na *QV*.

Leventhal e Colman (1997) argumentam que a representação de doença feita pelo doente afeta a importância e o significado da avaliação da *QV*. No seu modelo, que é processual, incluem a representação da doença enquanto ameaça, as reações emocionais que funcionam como inibidoras ou motivadoras do pensamento e da ação, as regras dos processos de pensamento e das ações adequadas para um melhor controlo, cura e prevenção da doença como ameaça.

Wilson e Cleary (1995) propõem um modelo que inclui cinco níveis: variáveis biológicas e psicológicas, sintomas, estado funcional, perceção geral de saúde e *QV* geral. Estes aspetos são mediados por características do indivíduo tais como motivação, valores e preferências, e por características do ambiente tais como suporte social, económico e psicológico.

5.1.7. Avaliar a QV

A avaliação da QV era anterior à preocupação com a avaliação da saúde pela positiva. Ela tem origem nos movimentos políticos do pós II Guerra Mundial, e foram abordados principalmente pela economia, pela política e pela sociologia (Ribeiro, 2002, 2004).

Mais tarde a QV passou a interessar o sistema de cuidados de saúde e tornou-se um objetivo primário para a intervenção no campo da saúde, e como já referimos, é normalmente designada por *qualidade de vida relacionada com a saúde*, ou mais simplesmente por QV.

Os primeiros estudos mais formais sobre a QV e de implementação da sua avaliação são, por exemplo, e entre outros, o de Campbell, Converse e Rodgers, publicado em 1976, sobre a QV do povo americano (Schipper, Chinch & Powell, 1990).

A avaliação da saúde e a avaliação da QV, ao contrário da avaliação das variáveis da psicologia positiva, são domínios multidisciplinares. O modo de avaliar estes conceitos recorreu a técnicas que eram familiares à psicologia, mais especificamente, os questionários de auto resposta, e com os quais o sistema de saúde tradicional não estava familiarizado. Daí que não seja de estranhar que algumas das técnicas mais utilizadas na avaliação destes constructos tenham na sua origem psicólogos como John Ware Jr, e outros associados à primeira versão do SF-36 (Ribeiro, 2002; 2004; 2005).

Em Portugal o interesse pela avaliação deste constructo desenvolveu-se na psicologia no final dos anos 80 e os primeiros textos aparecem no início da transição

para a década de 90 (Ribeiro, 1989; 1994). A sua aplicação em contexto de doença também surge nesta época (Ribeiro, 2002).

A *QV* tornou-se assim um constructo central em contexto de saúde e doença, ilustrado com a recomendação em 1999 de Bucher, Guyatt, Cook, Holbrook, e McLister, que propõem que a *QV* deve ser um resultado primário em contextos de saúde e doença, ou seja, a intervenção visa a *QV* e esta avalia o sucesso da intervenção.

As medidas tradicionais sobre a eficácia das intervenções médicas centraram-se nos resultados que incluíam morbilidade futura, progressão da doença ou indicadores mais pragmáticos como, por exemplo, a readmissão hospitalar. Alguns autores argumentaram que estas medidas são tanto necessárias como suficientes para a avaliação da eficácia de qualquer intervenção. Contudo, estes resultados objetivos não estão sempre relacionados com os relatos dos pacientes: bons resultados clínicos não são necessariamente equivalentes a bons resultados referidos pelos pacientes. Estas diferenças indicam a necessidade de medir ambos os tipos de resultados, particularmente no caso das doenças crónicas, em que o tratamento médico pode resultar apenas numa melhoria parcial ou temporária dos sintomas (Bennett, 2002).

Mais recentemente realizaram-se tentativas para medir o impacto da doença nos vários domínios da vida, sob a rubrica geral de medida de *QV*.

Como já vimos o grupo WHOQOL (1998) definiu *QV* como a perceção que os indivíduos têm da sua postura na vida no âmbito da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. Por outras palavras, a qualidade de vida não pode derivar apenas da capacidade individual para se envolver num conjunto de comportamentos ou ações. Incorpora uma avaliação acerca da satisfação, ou insatisfação que o indivíduo sente relativamente às suas

capacidades ou às atividades em que se consegue envolver. Pensa-se que inclui todos, ou quase todos, os aspetos que se apresentam de seguida: Psicológicos: depressão ansiedade; adaptação à doença. Sociais: relações pessoais e sexuais; envolvimento nas atividades sociais e de lazer, Ocupacionais: capacidade para levar a cabo um emprego pago; capacidade para realizar as tarefas caseiras. Físicos: dor, mobilidade, sono, apetite e náusea, funcionamento sexual (Bennett, 2002).

Em jeito de conclusão, a escolha do instrumento de medida estabelece-se entre medir características gerais ou medir características específicas de doença. Ambas têm vantagens e desvantagens. Frequentemente, embora isto não aconteça sempre, as escalas que medem características específicas de doença oferecem medidas mais sensíveis sobre a mudança em situações clínicas particulares do que as medidas mais gerais. O que as medidas específicas ganham em especificidade perdem muitas vezes em aspetos mais gerais e podem ter pouco êxito na medição de factores como o suporte social, o *coping*, a satisfação com a vida e o humor. A sua utilização impede igualmente as comparações da *QV* entre vários grupos de pacientes. Por estas razões, muitos autores sugerem que o instrumento de medida ideal é aquele que mede características específicas combinadas com escalas resultantes de medidas mais gerais (Bennett, 2002).

5.1.8. Instrumentos medidas de *QV*

Nos dias que correm, é possível constatar a existência de um vasto número de instrumentos de medida referentes à *QV*, que podem ser consideradas em termos globais, ou do geral para o específico. Isto é, há medidas que avaliam a *QV* geral e que são passíveis de ser aplicadas a qualquer pessoa saudável ou doente, seja qual for o tipo

de doença e, por outro lado, existem as medidas que, partindo do geral, incidem sobre uma doença em particular.

Ainda no âmbito dos instrumentos de medida da *QV*, destaca-se as medidas multidimensionais, com mais ou menos dimensões, e as medidas que fornecem somente uma nota global. As medidas multidimensionais baseiam-se no princípio de que a *QV* é multifactorial e que cada factor tem valor por si só, pelo que a avaliação deve fornecer uma nota por factor, mesmo que, nalguns casos forneça, igualmente, uma nota global.

De entre as medidas globais, há a considerar as medidas desenvolvidas pela OMS, que representam o reconhecimento universal por este tipo de medidas e constitui uma tentativa de desenvolvimento, de raiz, de uma medida aplicável a uma grande parte da comunidade mundial. Por outro lado, a SF-36 é outra medida que merece um destaque particular, uma vez que se apresenta como um dos instrumentos mais utilizados em contexto de saúde.

De entre as medidas gerais para uma doença, incluem-se as medidas que visam um grupo de doenças de determinado tipo. Por exemplo, uma medida que abranja todas as doenças respiratórias, ou uma medida que abranja todos os tipos de cancro. O QLQ-C30 é uma medida de QOL deste tipo, desenvolvida para pessoas com cancro pela *The European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC).

Por sua vez, de entre as medidas específicas para cada tipo de doença, há a registar tantas quantas as doenças. Quanto mais específicas são as medidas, mais se aproximam das listas de sintomas da doença a que se dirigem. Por exemplo, no caso das medidas desenvolvidas pela EORTC, existem módulos específicos para cada tipo de cancro. Enquanto o módulo geral é aplicável a todos os doentes com cancro, e só a doentes com cancro, os módulos específicos apenas são aplicáveis a doentes com um

tipo particular de cancro e não a outro tipo de cancro. Como exemplos de medidas genéricas que podem ser aplicadas a qualquer pessoa doente ou não, consideraremos o WHOQOL e o SF-36. O WHOQOL é um questionário desenvolvido pela OMS em 15 idiomas. Inclui o questionário geral WHOQOL-100, com 100 itens respetivamente, e uma versão reduzida de 26 itens o WHOQOL-Bref. O questionário total inclui seis dimensões: saúde física, psicológica, níveis de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade; mais dois itens ou questões que avaliam diretamente a percepção de QOL e de Saúde. O questionário total inclui 24 facetas, cada uma delas avaliada com quatro questões. (Ribeiro, 2002).

O SF-36, acrónimo de Short-Form de 36 itens que, de facto constitui uma versão reduzida de um questionário maior, é a medida de avaliação de QOL mais utilizada na investigação em contexto de saúde. Inclui 36 itens distribuídos por oito dimensões, nomeadamente, limitações na atividade física devido a problemas de saúde; limitações nas atividades usuais devido a problemas físicos; dor; percepção geral de saúde; vitalidade (energia e fadiga); limitações na atividade social devido a problemas físicos ou emocionais; limitações nas atividades usuais devido a problemas emocionais; saúde mental. Como exemplos de medidas específicas que podem ser aplicadas a qualquer pessoa com determinada doença, destacam-se os seguintes: o QLQ-C30 e o FACT-G. O QLQ-C30, acrónimo de *Quality of Life Questionnaire* para o Cancro, com 30 itens, é um questionário para avaliar a QOL de doentes com cancro. Tem vindo a ser aperfeiçoado desde a primeira versão de 1987, estando atualmente na versão 3.0. A versão principal inclui 30 itens e é conhecida pelo acrónimo QLQ-C30, acrescentada da versão (v3). Os 30 itens distribuem-se por três grandes grupos de subescalas: de funcionalidade; de estado de saúde/QDV; de sintomas. A subescala de funcionalidade inclui: o Funcionamento Físico, o Desempenho Emocional, o Funcionamento

Emocional, o Funcionamento Cognitivo e o Funcionamento Social. A subescala de estado de saúde/QDV inclui dois itens; a subescala de sintomas físicos inclui: Fadiga, Náusea e Vômitos, Dor, Dispneia, Insônia, Perda de Apetite, Prisão de Ventre, Diarreia e Dificuldades Financeiras.

Como medidas específicas de uma doença determinada, incluem-se questionários que se juntam a outros já existentes e que avaliam dimensões específicas da QOL. Podemos destacar, então, a EORTC, que disponibiliza módulos para além da escala já referida, comum a todos os tipos de cancro. Esta organização possui ou está a desenvolver módulos para o cancro da mama, do pulmão, colo-rectal, cabeça e pescoço, esofágico, bexiga, imagem corporal, dose elevada de quimioterapia, leucemia, mieloma, oftálmico, ovário, cuidados paliativos, pâncreas, próstata. O número de itens destes módulos específicos varia entre o 13 e 38, que se devem acrescentar ao módulo geral para o cancro, já referido, que inclui 30 itens (Ribeiro, 2002).

Outra organização idêntica à EORTC é o *Center on Outcomes, Research, and Education* uma organização ligada a uma Universidade dos Estados Unidos da América que desenvolve medidas para avaliar a QOL, O *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT). Não visa exclusivamente o estudo do cancro, como a EORTC, no entanto, a partir de 1987 dedicou-se particularmente a esta doença, e iniciou o desenvolvimento de um questionário genérico intitulado *Functional Assessment of Cancer Therapy- General* (FACT-G), que já vai na versão 4.0. Tal como a EORTC, a par da medida base desenvolveram escalas específicas para aspetos de cada tipo de cancro que não são contempladas pela escala geral. Cada uma das medidas que constituem apêndice da escala geral para o cancro visam apanhar aspetos clínicos específicos importantes, associados a cada cancro ou sintoma. Para termos uma ideia da especificidade das medidas que têm sido utilizadas na área da coloproctologia, existem

inúmeros questionários tais como: *Crohn's Disease Activity Index* (CDAI); *Rating Form of Inflammatory Bowel Disease Patients Concerns Questionnaire* (RFIPC); *Functional Bowel Disorder Severity Index* (FBDSI); *Irritable Bowel Syndrome Quality of Life* (IBS-QOL). Um dos mais utilizados é este último.

O IBS-QOL inclui 34 itens distribuídos por 8 domínios, a que se responde numa escala ordinal de 5 posições. Os itens foram desenvolvidos a partir da revisão da literatura, de entrevistas com especialistas e de entrevistas com 40 doentes, representando assim, três subgrupos de sintomas segundo os critérios de Roma. Após o “cognitive debriefing” com outros 30 indivíduos chegou-se à versão final que inclui os seguintes domínios: Disforia, Interferência com as atividades, Imagem corporal, Preocupação com a saúde, Evitar os alimentos, Reação social, Funcionamento sexual e Relacionamento.

Em tom de conclusão, as medidas genéricas têm a grande vantagem de permitir comparar os indivíduos doentes com os que não têm doença e de viabilizar a comparação de indivíduos com diferentes doenças. A grande desvantagem das medidas genéricas é que não expõem aspetos específicos da doença e, por isso, não são tão úteis para o seguimento clínico dos doentes. O que é vantagem ou desvantagem para os gerais constitui desvantagem ou vantagem para os instrumentos específicos (Ribeiro, 2002).

5.2. Depressão

A depressão, na perspectiva de Leal (2006), é entendida como um conjunto de alterações comportamentais, emocionais e de pensamento enfrentadas pelo ser humano.

Segundo o DSM-IV, a Perturbação Depressiva Major é caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major; o indivíduo apresenta, pelo menos, duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse, acompanhado, pelo menos, por quatro sintomas adicionais de depressão. O sujeito deve igualmente experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso; sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; pensamentos recorrentes a propósito da morte ou planos, tentativas ou ideação suicida. Um sintoma do Episódio Depressivo Major deve, por um lado, ou estar presente há pouco tempo, ou ter piorado claramente em comparação com o estado da pessoa antes do episódio ocorrer. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas consecutivas. Ainda neste âmbito, o episódio deve ser acompanhado por um mal-estar clinicamente significativo, ou por deficiência no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes. Para alguns sujeitos com episódios ligeiros o funcionamento pode parecer normal, mas requer um claro aumento do esforço (Leal, 2006).

Em Portugal a depressão corresponde a 30% da prevalência de perturbações psiquiátricas e a 12% da incidência de perturbações psiquiátricas graves. A depressão atinge 20% da população em geral, com tendência a aumentar. Em conjunto com a esquizofrenia, a depressão é responsável por 60% dos suicídios (Leal, 2006).

Estudos realizados na Comunidade Europeia indicam que aproximadamente 8 milhões de cidadãos, com idade igual ou superior a 65 anos, sofrem de formas potencialmente tratáveis de depressão. As consequências e implicações da depressão sob os pontos de vista económico, social, sanitário e ético justificam um estudo mais aprofundado e rigoroso desta questão no nosso país (Leal, 2006).

A depressão aparece como o quadro psicopatológico mais importante associado à doença, principalmente à doença de carácter prolongado, dada a ligação muitas das vezes estabelecida entre a perda e a depressão no contexto de doença (Taylor & Aspinwall, 1990 citado por Leal, 2006).

O sofrimento na doença manifesta-se com frequência sob a forma de sintomas depressivos, podendo os mesmos adquirir ou não dimensão clínica. Os sintomas depressivos são considerados reativos às exigências que a doença e o seu tratamento impõem, aumentando com a consciência que o doente tem das perdas associadas às mesmas (Lesperance, Frasure-Smith & Talajic, 1996 citado por Leal, 2006). Enquanto a ansiedade tem um carácter mais episódico, a depressão associada à doença crónica torna-se muitas vezes uma reacção prolongada.

Os dados epistemológicos estrangeiros indicam que pelo menos 1/3 dos pacientes com doença crónica apresentam sintomatologia depressiva moderada. Estes dados variam de acordo com o tipo de patologia, com estudos a indicar 50% de doentes com depressão no caso do cancro e a ultrapassar os 50 % nos doentes com dor crónica (Flor, Kerns & Turk, 1987 citado por Leal, 2006).

Um dos problemas que tem sido apontado em termos de estimativa da depressão em doentes somáticos é a diversidade de medidas utilizadas, por um lado, e por outro a sobreposição existente entre os sintomas neurovegetativos da depressão, como a perda

de apetite, perda de peso, problemas de sono e os sintomas próprios da doença (Clark, Cook & Snow, 1998 citado por Leal, 2006).

Clark e colegas afirmam que a depressão associada à doença crónica parece estar mais marcada por baixo afeto positivo do que pelas cognições negativas típicas dos pacientes psiquiátricos. Para obstar a esta dificuldade, tem-se desenvolvido escalas para a avaliação da depressão em pacientes somáticos, como a *Hospital Anxiety and Depression Scale* que se encontra em fase de validação em Portugal. Estes estudos podem contribuir para um mais fácil diagnóstico da depressão em pacientes somáticos (citado por Leal, 2006).

No estrangeiro, o aumento de sintomas depressivos no doente somático tem sido associado a factores inerentes à doença: severidade, intensidade da dor, prognóstico, fase da doença, grau de incapacidade; e factores relativos ao indivíduo: idade, género, mecanismo de *coping*, avaliações cognitivas e meio social (falta de suporte social, inatividade laboral). Num estudo piloto sobre os preditores da depressão nos pacientes com dor crónica (McIntyre, Pereira, Silva, Fernandes & Correia, 1999), verificou-se que em termos sociodemográficos, o estatuto laboral era um preditor importante. No entanto, a experiência de sofrimento na doença (avaliada pelo IESSD) era o preditor mais significativo de entre as variáveis psicossociais consideradas (56% de variância explicada). Em termos das dimensões do sofrimento, sofrimento existencial foi o preditor mais significativo de entre as variáveis psicossociais.

Em Portugal, alguns estudos têm tentado examinar a dimensão dos sintomas depressivos existentes em várias patologias. Teles, Ribeiro & Cardoso (2003 citado por Leal, 2006), compararam 50 doentes com carcinoma colo-retal e 50 com patologia benigna, usando a Escala de Zung, tendo encontrado 86% dos doentes oncológicos com

depressão grave e apenas 16% nos doentes não oncológicos. Araújo-Soares, McIntyre & Figueiredo (2002, citado por Leal, 2006) reportaram uma percentagem de 68% de doentes deprimidos no estudo com pacientes com dor crónica mencionado, e utilizando o *Beck Depression Inventory*. Fernandes & McIntyre (2002, citado por Leal, 2006) encontraram uma percentagem de 65% de pacientes com depressão clínica (Beck, 1987) numa amostra de 40 mulheres com cancro da mama a efetuar quimioterapia pela primeira vez.

A depressão, apesar de frequentemente subdiagnosticada, é um quadro clínico de elevada prevalência na população geral, muitas vezes associada a uma deterioração grave dos funcionamentos físico e social, e implicando o recurso constante aos cuidados de saúde primários (McQuaid, Stein, Laffaye, & McCahill, 1999; Simon, Ormel, VonKorff, & Barlow, 1995).

5.3.QV e Depressão

Parece ser consensual que a sintomatologia depressiva tem um forte impacto na *QV* dos indivíduos, mas ainda não é totalmente claro o seu impacto diferencial na *QV*, conforme o grau de severidade (Gameiro, Corona, Pereira, Carnavaro, Simões, Rijo et al., 2008).

No caso dos doentes deprimidos, a avaliação da *QV* junto dessa população levanta algumas considerações relevantes, sobretudo a dois níveis: 1) a validade do relato subjetivo da avaliação, possivelmente enviesado pela organização e funcionamento cognitivos típicos desta situação clínica, por exemplo, distorções cognitivas traduzidas numa visão negativa de si próprio, dos outros e do futuro (Leval,

1999); e 2) a possível sobreposição de conteúdo entre a avaliação de sintomas depressivos e a avaliação da QV (Katschnig & Angermeyer, 1997). Em relação ao primeiro ponto, o Grupo WHOQOL (1994) denota uma posição distinta, referindo a importância das características de subjetividade e de multidimensionalidade na avaliação da QV e dando ênfase à percepção pessoal de um indivíduo em relação às circunstâncias e expectativas da sua vida. No que respeita ao segundo ponto, de facto, Berlim e Fleck (2007) falam de uma possível sobreposição das medidas de QV e depressão, que pode ocorrer a três níveis: conceptual, mediador e métrico. No entanto, como os mesmos autores referem, a evidência empírica tem vindo a revelar que, podendo estes conceitos intersetarem-se, os mesmos não são redundantes.

A depressão tem um forte impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde e na qualidade de vida geral, superior, aliás, ao observado noutras condições físicas crónicas, tais como a hipertensão, a diabetes, a artrite e os problemas gastrointestinais (Coulehan, Schulberg, Block, Madonia, & Rodriguez, 1997; Wells, Stewart, Hayes, Burnam, Rogers, Daniels, 1989). Alguns estudos demonstraram, igualmente, que a depressão sub-sindromal, ou seja, a situação em que são observados apenas alguns dos sintomas depressivos considerados necessários para o diagnóstico de uma depressão clínica, tem um impacto funcional negativo e significativo (Judd, Schettler, & Akiskal, 2002; Wells et al., 1989). Complementarmente, outros estudos verificaram que os doentes com menor gravidade de sintomatologia depressiva apresentavam níveis superiores de funcionamento e de satisfação nas atividades de vida diária, bem como no desempenho dos seus papéis e ao nível das relações sociais (Huchner, 2002; Huppert, Weiss, Lim, Pratt, & Smith, 2001; Saarijarvi, Salminen, Toikka, & Raitasalo, 2002).

5.4. Adesão ao Tratamento

A adesão foi apresentada como um complexo de fenômenos que envolvem a decisão do paciente de utilizar e seguir a prescrição de adesão ao tratamento psicofarmacológico e aos procedimentos nos tratamentos. O termo “compliance” utilizado na língua inglesa possui conotação de uma ação coercitiva, sendo que o doente em tratamento assume uma postura passiva neste contexto. O termo “adherence”, em contra partida, procura ressaltar uma postura mais ativa do doente no seu tratamento, de modo que este seja baseado na cooperação entre os envolvidos. Na língua portuguesa o termo aderência possui conotação de assentimento, consentimento, concordância, adesão (Galera & Galera, 2006).

Na linha de Heynes (1979, citado por Chesney, Morin & Sherr, 2000; Conrad, 1985), a adesão aos tratamentos pode ser definida como o grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados de saúde e o comportamento do paciente relativamente ao regime terapêutico proposto. Esta definição, que sendo abrangente é precisa, permite-nos perceber a complexidade e variedade de comportamentos que podem ser tratados enquanto fenômenos de adesão aos tratamentos. Com efeito, a questão da adesão aos tratamentos manifesta-se sob formas diversas e em distintos momentos do processo terapêutico. A entrada e a permanência em programas de tratamento, o seguimento das consultas previamente estabelecidas, a aquisição dos medicamentos prescritos e a toma dos mesmos de forma adequada, o seguimento de regimes alimentares ou a prática de exercício físico, ou ainda, o abandono de comportamentos de risco, são exemplos da diversidade dessas manifestações (Meichenbaum & Turk, 1987; Wright, 1993).

De fato um dos principais problemas que o sistema de saúde enfrenta é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. A adesão a qualquer forma de tratamento que envolva algum grau de escolha é provavelmente muito reduzida. Apenas cerca de 60% dos pacientes dispõem-se a seguir totalmente o tratamento medicamentoso estabelecido (Ley, 1997): a adesão a intervenções complexas ou exigentes é ainda mais baixa. Até pequenos aumentos nas exigências e na complexidade do tratamento podem ter um impacto adverso na adesão às prescrições médicas. As taxas de não adesão devidas apenas a erros dos pacientes rondam os 15% quando é prescrito um comprimido, 25% quando são prescritos dois ou três, percentagem que sobe para 35% se são prescritos cinco ou mais comprimidos (Bennett, 2002).

A não adesão aos tratamentos constitui provavelmente a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, introduzindo disfunções no sistema de saúde através do aumento da morbidade e da mortalidade (Gallagher, Viscoli, & Horwitz, 1993). As repetidas situações de recaída e o alargamento do período de tratamento, conduz a um sofrimento evitável e a custos substanciais acrescidos (Enlund & Poston, 1987; McCombs, Nichol, Newman & Sclar, 1994; Nilsson, 2001). Na verdade, como referem Meichenbaum e Turk (1987), a não adesão aos tratamentos constitui o grande problema comum partilhado por quase todas as doenças.

Como consequência da não adesão à medicação, o *Department of Health and Human Services* dos Estados Unidos estimou que 10% ou 20% dos 5% a 10% necessitam de nova consulta médica ou de um dia ou dois de baixa; 5% a 10% necessitam de nova consulta médica ou de um dia ou dois de baixa e um número mais reduzido de pessoas, mas com alguma expressividade (entre 0,25% e 1 % dos doentes),

necessitam ser hospitalizados como resultado da não adesão aos tratamentos recomendados (Galera & Galera, 2006).

As explicações para a não adesão podem encontrar-se tanto nas características das intervenções como nas características dos próprios indivíduos. Enquanto algumas pessoas são, à partida, contra o uso de medicamentos, a adesão aos regimes de tratamento parece ser o resultado de uma interação mais subtil entre o indivíduo e as exigências e características dos comportamentos requeridos. O mesmo indivíduo pode não aderir a um elemento do regime de tratamento, mas aderir por completo a outros procedimentos: os níveis de adesão a restrições na dieta alimentar e no consumo de líquidos podem variar muito entre os indivíduos que fazem hemodiálise (Bennett, 2002).

Ley (1997) sugeriu que a adesão aos tratamentos é função de três factores: a compreensão do paciente sobre o regime de tratamento, a recordação da informação fornecida e a satisfação com a consulta em que é dada essa informação. Outros factores incluem a complexidade do tratamento, as crenças do paciente sobre o tratamento e sobre como deveríamos confrontá-lo e as estratégias de *coping* adotadas para enfrentar a doença. Outros factores moderadores são os custos e os benefícios associados à adesão.

Algumas intervenções podem ser tão perturbadoras que muitos pacientes não se sentem capazes de cumprir as exigências que lhes são feitas. Não é de surpreender que se os níveis de adesão à medicação forem baixos, também o são as taxas de adesão a programas de tratamento em que os pacientes necessitam de se envolver em comportamentos novos, ou que os ocupam durante muito tempo. Alguns deles, como é o caso das representações da doença e das estratégias de *coping* dos pacientes, são apresentados no Capítulo 4. As expectativas de resultado dos pacientes, a avaliação da

capacidade para atingir a mudança e os custos e benefícios relativos à participação num programa comportamental específico também constituem determinantes muito poderosos do grau de empenhamento do paciente. Dois outros factores parecem ser particularmente relevantes: o afeto e o apoio familiar (Bennett, 2002). O afecto pode influenciar a adesão de modo significativo. A dinâmica familiar também pode influenciar a adesão aos regimes médicos.

5.4.1. Estudos sobre a adesão

A imensa dificuldade em determinar de forma precisa o nível de não adesão aos tratamentos é uma realidade, na medida em que este depende do tipo de doença, do regime terapêutico e da metodologia utilizada para avaliar esta mesma adesão aos tratamentos (Bond & Hussar, 1991). Todavia, segundo Masek (1982, citado em Meichenbaum & Turk, 1987), “a maioria das estimativas [de não adesão] situa-se entre os 4% e os 92%, com a amplitude mais típica a situar-se entre os 30 e os 60%” (p. 21). É dentro destes últimos valores que O’Brien, Petrie e Raeburn (1992) situam as suas estimativas de não adesão aos tratamentos. Bond e Hussar (1991), por sua vez, afirmam que, em média, 40% dos doentes não aderem convenientemente aos tratamentos. Mais recentemente Nilsson (2001), baseando-se em três revisões de literatura (Nichol, Venturini, & Sung, 1999; Stockwell & Schulz, 1992 citado por Delgado & Lima, 2001) considera que a adesão aos tratamentos de longa duração (que é onde o problema mais se faz sentir) se situa, a maior parte das vezes, abaixo dos 50%. Como sugere Leventhal e Cameron (1987), a grande amplitude das estimativas de adesão através das diferentes

doenças e tratamentos, e até dentro do mesmo regime terapêutico, significa que este é um problema multifactorial extremamente complexo.

No caso português não existem dados globais sobre o problema da não adesão. No entanto, não existe nenhuma razão para pensar que em Portugal o problema da não adesão aos tratamentos tenha uma incidência menos grave do que nos restantes países. Em seguida são expostos os resultados de três estudos empíricos que tentam avaliar a questão da adesão aos tratamentos sob diferentes óticas e metodologias. Num destes estudos de Calaça, Pechilga, Sousa e Correia (1986), realizado com 100 hipertensos, a questão da adesão é abordada na sua primeira etapa, isto é, a adesão às consultas. Da totalidade de doentes avaliados verificou-se que catorze abandonaram a consulta e oito tinham entre uma a três faltas às mesmas.

Um outro estudo de Cruz (1998) enfatiza a avaliação da adesão aos tratamentos no momento da aquisição dos medicamentos prescritos pelo médico de família na farmácia. O estudo que incidiu sobre 1257 embalagens prescritas permitiu constatar que apenas 1,1% das mesmas não foram adquiridas. Aparentemente os dados apresentados por estes dois estudos não sustentam a afirmação que a não adesão aos tratamentos é um grave problema de saúde pública. Todavia, estes dois estudos incidem sobre dois momentos muito a montante do processo terapêutico onde a questão da não adesão se faz sentir de forma substancialmente menos gravosa. No caso do estudo de Cruz (1998), a própria autora ainda justifica a quase total aquisição dos medicamentos em virtude da relação de confiança existente entre o doente e o médico de família que tinha prescrito os medicamentos.

Já um estudo de Ramalhinho (1994), que avaliou a adesão à medicação anti-hipertensiva em 95 doentes chegou a resultados mais coincidentes com os presentes na

literatura. Ramalhinho utilizou na avaliação da adesão aos medicamentos prescritos, o método de contagem de medicamentos em paralelo com uma medida psicométrica; a autora encontrou respectivamente uma adesão de apenas 46,3 e de 56,8% aos medicamentos anti-hipertensivos. A grande amplitude das estimativas acima referidas deve-se às dificuldades metodológicas, reconhecidas por todos os autores (Chesney, 2000; Brooks, Richards, Kohler, Soong, Martin, Windson, & Bailey 1994; Bond & Hussar, 1991) na avaliação da adesão aos tratamentos. Sobretudo em tratamentos complexos e de longa duração, tem-se revelado difícil prever o nível de não adesão aos tratamentos com que os profissionais de saúde têm que lidar (Freund, Johnson, Silverstein, & Thomas, 1991).

Porém, têm sido utilizados alguns métodos para aceder ao nível de adesão aos tratamentos que podem ser divididos, segundo alguns autores (Bond & Hussar, 1991; O'Brien et al., 1992), em métodos diretos de que são exemplo os marcadores bioquímicos, e em métodos indiretos, em que se insere o *self-report*, as entrevistas e os resultados terapêuticos; também são destacadas as medidas comportamentais como a contagem de medicamentos ou os relativamente recentes monitores computadorizados de adesão. No entanto, como afirmam Meichenbaum e Turk (1987), todos estes métodos apresentam problemas, não se encontrando consenso sobre qual o método mais fiável de detecção da adesão. Por exemplo, segundo Bond e Hussar (1991) os métodos diretos, que detectam o medicamento nos fluidos biológicos do doente, apresentariam em geral maior sensibilidade e especificidade. Contudo Morisky, Green, e Levine (1986), argumentam que usar marcadores bioquímicos é pouco prático na maioria dos contextos clínicos e não está disponível para grande parte das drogas. Além disso, a interpretação destes marcadores, enquanto medidas de adesão, é complexa devido às diferenças individuais de reação aos fármacos (Eraker, Kirscht, & Beeker, 1984).

Por outro lado, à partida, os métodos indiretos como o *self-report* e a entrevista parecem ser pouco fiáveis. Talvez não seja por acaso que Hipócrates, como refere Bond e Hussar (1991), já na sua época, considerava que os doentes mentem frequentemente quando lhes é perguntado se tomaram os medicamentos. O desejo de agradar ou de evitar a desaprovação leva a que os doentes enviessem frequentemente as suas respostas para se mostrarem a eles próprios e sobretudo aos outros, como mais aderentes do que realmente são. Alguns doentes, ainda segundo Taylor (1986), na verdade nem se percebem a eles próprios como não aderentes pelo que seria inútil perguntar-lhes se tomaram certo medicamento ou fizeram determinada dieta. Não parece também, como referem Steele, Jackson, e Gutmann (1990), que os médicos sejam capazes de identificar com fidelidade quem são os doentes aderentes e não aderentes por alguma característica que estes tenham, ou por qualquer misteriosa intuição a que alguns chamam “olho clínico”.

Tentar avaliar a adesão pelos resultados clínicos é uma ingenuidade médica na medida em que pressupõe uma relação direta e estreita entre a adesão e os resultados desejados. Na verdade tal relação não se verifica. No entender de Gordis (1976, citado por Meichenbaum & Turk, 1987), o resultado clínico não deve ser considerado um critério válido para medir a adesão aos tratamentos, na medida em que o doente pode curar-se ou estar controlado por muitas outras razões que não a adesão aos tratamentos tal qual foram prescritos, ou, noutros casos, como considera O’Brien et al. (1992), o doente pode aderir e no entanto não manifestar o efeito desejado. No entender de Bond e Hussar (1991), o resultado clínico pode ser usado como medida de adesão quando a um determinado tratamento está associado um resultado clínico de sucesso preciso (e.g. nível de glicose ou a pressão arterial normal). No entanto, estes autores consideram que

aqui pode facilmente ocorrer o chamado “efeito da escova de dentes”, ou seja, o doente adere ao tratamento apenas imediatamente antes da visita ao médico.

Dentro dos métodos indiretos e comportamentais, a contagem de medicamentos tem, ainda assim, merecido a preferência de muitos investigadores (Asplund, Danelson, & Ohman, 1984; Gallagher et al., 1993; Inui, Carter, & Pecorado, 1981). Em Portugal, num estudo já referido sobre a adesão aos tratamentos em hipertensos, Ramalinho (1994) utilizou também esta metodologia para aceder ao nível de adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Contudo, também esta metodologia oferece dificuldades e os resultados podem ser enviesados.

Como refere Ramalinho (1994), se o doente se apercebe, ou é avisado que está a ser controlado com o objetivo de medir a sua adesão aos tratamentos, pode tomar os medicamentos com maior assiduidade do que tomaria normalmente, ou até mesmo deitá-los fora, de modo a procurar agradar ao seu médico ou aos investigadores. Por outro lado, o método da contagem dos medicamentos é moroso, pois obriga pelo menos a duas visitas a casa do doente no pressuposto que o doente guarde na mesma todos os medicamentos que está a tomar. O que nem sempre acontece. Alguns doentes deixam algumas embalagens/comprimidos dos medicamentos que estão a tomar numa outra casa que frequentam com regularidade, ou no local de trabalho, ou ainda, esquecem-se que entre as contagens adquiriram novas embalagens (Leal, 2006).

Com a finalidade de contornar algumas destas dificuldades e, sobretudo, com o objetivo de criar um método que, oferecendo boas qualidades psicométricas, permitisse ao mesmo tempo uma aplicação extensiva, regular, e que se adaptasse facilmente a qualquer contexto clínico, Morisky et al. (1986) desenvolveram uma medida de quatro itens para avaliar a adesão aos tratamentos, a cujos itens os inquiridos respondiam de

forma dicotómica (isto é, “sim/não”). Segundo os autores a originalidade desta escala, relativamente a outras formas de *self-report*, residiria, fundamentalmente, na construção das questões pela negativa, em que a resposta “não” significa adesão. Este facto permitiria, segundo os mesmos autores, evitar os enviesamentos de alguma propensão para a aquiescência e, desta forma, fugir pelo menos a parte dos inconvenientes acima referidos quando se pergunta aos doentes se aderiram aos tratamentos.

No estudo com 290 hipertensos, realizado por Morisky et al., com a finalidade de validar esta medida de adesão aos tratamentos, os 4 itens da mesma apresentam apenas uma aceitável consistência interna (alfa de Cronbach de 0,61). Neste trabalho os autores procuraram fazer uma validação concorrente e preditiva da medida de adesão, tomando como critério o controlo da pressão arterial em dois momentos: o 6º mês a seguir a um programa de educação para a saúde (validade concorrente) e o 42º mês a seguir a esse mesmo programa (validade preditiva). Os dados presentes neste estudo mostram que os indivíduos com maiores valores de adesão segundo a medida psicométrica apresentam a pressão arterial mais controlada, tanto ao 6º mês como ao 42º mês (6º mês, $r=0,43$, $p < 0,01$; 42º mês, $r=0,58$, $p < 0,01$). Neste estudo 69% dos doentes coincidem nas duas formas de avaliação da adesão, sendo a validade preditiva razoável nos indivíduos aderentes segundo a medida psicométrica, mas não nos indivíduos não aderentes nessa mesma medida relativamente ao critério controlo da pressão arterial. Por seu lado, a sensibilidade é de 0,81, mas a especificidade é de apenas 0,44. Parece-nos, no entanto, que o pressuposto desta validação radica na ideia que um hipertenso que mantém a sua tensão arterial controlada tem um comportamento de adesão aos tratamentos; ora este critério é na verdade problemático na medida em que pressupõe uma relação direta entre a adesão e os resultados clínicos desejados, que não é claro que se verifique.

Num estudo de Grégoire, Guibert, Archambault, e Contandriopoulos (1992), em que foi aplicada uma versão de língua francesa dos quatro itens da medida de adesão de Morisky et al., o alfa de Cronbach foi de apenas 0,54. Por seu turno, pensamos que a resposta aos itens da medida de adesão na forma dicotómica a torna pouco sensível para captar as diversas situações em termos de comportamentos de adesão (Leal, 2006).

Shea, Misra, Ehrlich, Field, e Francis (1992), num estudo realizado igualmente com hipertensos, utilizaram para medir a adesão aos tratamentos, uma versão de cinco itens da medida de adesão de Morisky et al. (1986), com resposta aos respetivos itens mais uma vez na forma dicotómica, que apresentou um alfa de Cronbach de 0,71. Contudo, estes autores não procederam a outro tipo de validação da medida de adesão que utilizaram. Também no esforço de explorar as qualidades de uma medida de self-report, Brooks et al. (1994), a partir da medida de adesão de Morisky et al. (1986), analisaram as características psicométricas de duas medidas com seis itens desenvolvidas para aceder à adesão à medicação (comprimidos e inalador) entre asmáticos adultos. As duas medidas de seis itens sofreram diversos refinamentos com o objectivo de aumentar a consistência interna, acabando dois itens por ser excluídos. A versão final das medidas de adesão com quatro itens apresentam, nos três estudos realizados, valores de alfa muito aceitáveis (entre 0,67 e 0,80). Contudo, os estudos de Brooks et al. (1994) apresentam duas dificuldades. A primeira é o facto da resposta aos itens da medida ser também na forma dicotómica. A segunda, os próprios autores a reconhecem quando afirmam: “o maior problema não resolvido nas medidas de self-report usadas neste e noutros estudos, é a validade das medidas relativamente a critérios externos” (p.306).

Em Portugal, Ramalhinho (1994) no estudo já referido, utilizou paralelamente a metodologia de contagem de medicamentos e uma versão de 6 itens da medida de adesão aos tratamentos de Morisky et al. (1986). Ramalhinho encontrou uma

concordância no comportamento de adesão aferido pelos dois métodos em 58% dos sujeitos. No entanto, a autora não fornece outros dados que contribuam para a validação da medida de adesão aos tratamentos que utilizou, nomeadamente relativos à consistência interna e à sensibilidade da mesma (Leal, 2006).

Sobre esta questão das medidas de *self-report*, uma nota sobre o trabalho de Johnson, Rosenbloom, Carter e Cunningham (1986). Estes autores desenvolveram uma medida de avaliação da adesão aos tratamentos em crianças e adolescentes que sofrem de diabetes mellitus, a que chamaram “entrevista das últimas 24 horas”. Nesta medida é avaliada a adesão a 13 diferentes comportamentos ligados à terapêutica da doença (exercício, injeções, tipo, quantidade e frequência da dieta e frequência de diversos testes), o que a torna muito completa. Esta medida de adesão sofreu posteriormente análises confirmatórias da sua estrutura, consistência e estabilidade (Freund et al., 1991; Johnson, Cunningham, & Henretta, 1990), mostrando evidentes qualidades psicométricas, ainda que não se tivesse mostrado a sua validade externa. Todavia, é uma medida criada especificamente para avaliar a adesão aos tratamentos na diabetes mellitus, portanto dificilmente adaptável a outros contextos clínicos. Além disso nos estudos agora referidos, o doente e um familiar são entrevistados por três vezes separadamente no espaço de duas semanas. Ora, um procedimento deste tipo é penoso, complexo, de difícil generalização na prática quotidiana do profissional de saúde (Leal, 2006).

5.4.2. Deveremos aumentar a adesão?

Excetuando-se os casos em que a não adesão resulta de maus entendimentos ou de falhas de memória, esta representa uma escolha ativa. Assim, enquanto para algumas pessoas as intervenções previamente concordadas podem influenciar a adesão, outras podem escolher não seguir as prescrições médicas (Bennett, 2002).

Portanto, aumentar a adesão, como constatado nas descrições anteriores, é fundamental e desta forma, os técnicos de saúde devem procurar estratégias que possam ir ao encontro desse mesmo aumento, dados os benefícios para o bem-estar do paciente. No entanto, para que a adesão por parte do paciente seja uma realidade, pode ser necessário mudar a natureza da consulta, de uma perspectiva em que o médico adota o papel do perito e enumera as opções de tratamento, para um processo mais colaborativo, em que o paciente é ajudado a realizar escolhas informadas sobre o tratamento. Nesta perspectiva centrada no paciente, a decisão final sobre o tratamento, sempre que possível, é satisfatória tanto para o paciente como para o médico. Elwyn e colaboradores (1999) forneceram um modelo para este processo: explorar ideias, medos e expectativas sobre o problema e tratamentos possíveis, identificar a quantidade de informação que o paciente prefere receber e fornecer informação adequada, avaliar a compreensão do paciente sobre as ideias, medos e expectativas face a possíveis opções, avaliar a preferência do paciente no que respeita à tomada de decisão, tomar, discutir ou adiar decisões e estruturar o follow-up (Bennett, 2002).

Este processo confirma a necessidade do médico compreender as representações de doença dos pacientes, a variação dos seus níveis de motivação para fazer escolhas

relevantes para o tratamento e trabalhar com o paciente na medida do que é possível e desejável (Bennett, 2002).

**CAPÍTULO 6 - ESTUDO: INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA,
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ADESÃO AO TRATAMENTO DE UMA
AMOSTRA DE UTENTES COM INCAPACIDADE FÍSICA ADQUIRIDA**

6.1. METODOLOGIA

No ponto metodologia pretende-se descrever a metodologia utilizada ao longo da investigação. Mais especificamente, são referenciados os objetivos do estudo, as variáveis e as hipóteses a estudar. Segue-se a caracterização da amostra estudada, os respetivos procedimentos formais da investigação, bem como os instrumentos utilizados.

6.1.1. Objetivos do Estudo

Este estudo tem como principais objetivos:

- 1) Analisar os níveis de *QV* em 172 utentes do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Central do Funchal;
- 2) Explorar a presença de sintomatologia depressiva na amostra;
- 3) Analisar a adesão destes mesmos utentes à medicação prescrita para a sua doença;
- 4) Avaliar o impacto do grau de sintomatologia depressiva na *QV* dos sujeitos;

5) Perceber quais os principais motivos que levam o Médico Fisiatra a referenciar pacientes para a consulta de psicologia.

6.1.2. Variáveis em estudo

As principais variáveis estudadas junto da amostra em questão são: a *QV*, indicadores da presença de sintomatologia depressiva, adesão ao tratamento prescrito pelo médico e principais motivos que levam o Médico Fisiatra a encaminhar pessoas com incapacidade física adquirida para a consulta de psicologia.

6.1.3. Hipóteses

1) Prevê-se que a grau percebido de *QV*, geral e nos diferentes domínios varie consoante as variáveis sociodemográficas em estudo, nomeadamente, género, nível de escolaridade; estado civil, idade e presença de filhos menores;

2) Prevê-se que o domínio físico da *QV* seja o que se encontra mais afetado na amostra, visto que os sujeitos em questão apresentam incapacidade física adquirida;

3) Prevê-se que a amostra não apresente indicadores significativos de sintomatologia depressiva;

4) Prevê-se que a maioria dos sujeitos da amostra revelem ser aderentes ao tratamento prescrito;

5) Prevê-se que exista algum grau de relação entre os indicadores de sintomatologia depressiva, *QV* e adesão aos tratamentos;

6) Prevê-se que os principais motivos que levam o Médico Fisiatra a referenciar um paciente para o psicólogo sejam de índole emocional e dificuldade de adaptação à doença.

6.1.4. População e amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 172 utentes que estavam a ser sujeitos a tratamentos de reabilitação no serviço de medicina física e reabilitação do Hospital Central do Funchal. Realça-se que alguns destes utentes estavam internados em outros serviços hospitalares e outros, frequentavam os tratamentos de reabilitação em regime ambulatorio. A escolha deste serviço hospitalar prendeu-se com o fato de a investigadora encontrar-se a trabalhar nesse mesmo serviço e, conseqüentemente estar ciente da escassez de estudos a nível internacional e nacional do acompanhamento psicológico junto de pessoas com incapacidade física adquirida.

Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes: os sujeitos terem uma idade superior a 18 anos, serem portadores de uma incapacidade física adquirida e aceitarem participar voluntariamente no estudo, mediante o preenchimento de uma declaração de consentimento informado (cf. Anexo 1). Salienta-se ainda que depois de respeitados os critérios acima descritos, optou-se por uma amostra de conveniência uma vez que esta interferia o mínimo possível com a organização e funcionamento do serviço. O período de recolha de dados situou-se entre os meses de setembro a novembro de 2011.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Como já foi referido a amostra em questão é constituída por 172 utentes do serviço de medicina física e reabilitação do Hospital Central do Funchal. Enfatiza-se que 66,9% dos utentes são do sexo feminino e os restantes 33,1% do sexo masculino. No que diz respeito à escolaridade observou-se que uma percentagem elevada de utentes tinha apenas uma escolaridade entre 1.º e 4.º ano (35,1%), seguido dos 19,6% que frequentaram entre o 10.º e 12.º ano. Por sua vez, quanto ao estado civil, 51,2% são casados e 22,9% solteiros.

Tabela 1- Distribuição numérica e percentual do género, escolaridade e estado civil da amostra.

		N	%
Género	Feminino	115	66,9%
	Masculino	57	33,1%
	Total	172	100%
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	5	3,0%
	Sabe ler e/ou escrever	13	7,7%
	1º-4º	59	35,1%
	5.º 6.º	14	8,3%
	7.º9.º	19	11,3%
	10º12º	33	19,6%
	Estudos Universitários	17	10,1%
	Formação Pós-Graduada	8	4,8%
	Total	168	100%
	Estado civil	Solteiro	39
Casado		87	51,2%
União de Facto		4	2,4%
Separado		2	1,2%
Divorciado		18	10,6%
Viúvo		20	11,8%
Total		170	100%

No que diz respeito à idade dos utentes da amostra esta varia entre os 20 e 83 anos, observando-se uma variação de apenas 3 anos nas amostras de homens e mulheres. Em média a idade dos sujeitos da amostra é de 51 anos, 54 entre as mulheres e 46 entre os homens.

Tabela 2- Variação da idade dos utentes da amostra e a sua relação com o género.

Género	Idade				
	M	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Feminino	54	13	20	54	80
Masculino	46	14	23	45	83
Total	51	14	20	53	83

Quando questionados a maioria dos inquiridos afirmaram que se *encontram doentes atualmente* (94,2%), sendo as especialidades de reumatologia e orto traumatologia as mais comuns. Acrescenta-se que a classificação nas categorias de patologias que se seguem teve por base a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) sugerida pela *OMS*.

Tabela 3- Distribuição numérica e percentual da resposta à questão, *Está atualmente doente e às patologias mais comuns na amostra.*

		N	%
Está atualmente doente	Não	10	5,8%
	Sim	162	94,2%
	Total	172	100%
Patologias	Orto traumatologia	62	36,0%
	Neurologia	22	12,8%
	Cardiorrespiratória	17	9,9%
	Neoplasias	25	14,5%
	Reumatologia	44	25,6%
	Outros	2	1,2%
	Total	172	100 %

Relativamente à envolvente familiar, os agregados familiares destes participantes variam entre 1 e 8 pessoas, sendo mais frequentes os agregados familiares que têm entre 2 e 4 pessoas. De fato 50% dos entrevistados estão inseridos em agregados familiares com 3 ou menos pessoas.

Tabela 4- Distribuição numérica e percentual agregado familiar.

Agregado Familiar	N	%
1	27	17,0%
2	39	24,5%
3	33	20,8%
4	35	22,0%
5	15	9,4%
6	5	3,1%
7	3	1,9%
8	2	1,3%
Total	159	100 %

Dada a idade dos sujeitos da amostra é expectável que poucos tenham filhos menores, como demonstra a tabela seguinte. 65,6% não têm filhos menores.

Tabela 5- Distribuição numérica e percentual da existência de filhos menores.

		N	%
Filhos Menor	Não	105	65,6%
	Sim	55	34,4%
Total		160	100 %

6.1.5. Procedimentos Formais

Após contacto prévio e informal com os elementos da direção do serviço de medicina física e reabilitação, foi necessário pedir autorização formal ao Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.

Assim, em dezembro de 2010 foi enviado ao referido Conselho de Administração, um documento que incluía uma carta onde era pedida a autorização para a realização do presente estudo (cf. Anexo 2) e todo o material que iria ser utilizado no mesmo, nomeadamente, os instrumentos a aplicar, assim como um documento de caracterização do projeto (cf. Anexo 4). A investigação teve parecer positivo da Comissão de Ética do Hospital e, conseqüentemente foi aprovada pelo Conselho de Administração (cf. Anexo 3), no mês de fevereiro de 2011. Convém realçar que todos os instrumentos de avaliação necessários à elaboração do estudo foram igualmente aplicados à amostra, com o devido consentimento, *via correio electrónico*, dos investigadores responsáveis pela criação e/ou aferição dos mesmos à população portuguesa.

Antes de se proceder à recolha de dados, foram tidos em consideração alguns aspetos éticos. Os participantes foram elucidados sobre os objetivos do estudo assim como a confidencialidade dos dados, de forma a que a sua colaboração fosse voluntária, fornecendo um consentimento autorizado sobre a sua participação. Realçou-se, também junto dos utentes, que apesar da investigadora fazer parte da equipa do serviço, não haveria partilha da informação com os profissionais responsáveis pelos seus cuidados nem a possibilidade de terem acesso aos dados individuais.

A maioria dos sujeitos preencheu o questionário sem qualquer ajuda, após a leitura e esclarecimento das instruções. Porém, alguns questionários foram preenchidos

com o auxílio da investigadora, sempre seguidas as normas de ética, propostas para a aplicação de instrumentos de avaliação. Como já foi referido, este processo demorou aproximadamente três meses e demorava-se em média cerca de 20 minutos a aplicar os três instrumentos aos utentes.

6.1.6. Breve Descrição dos Instrumentos

De seguida passa-se a uma breve descrição dos três instrumentos que foram aplicados.

6.1.6.1. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, *WHOQOL-Bref* (Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T., 2006)

Em falta de um instrumento de avaliação da *QV* com características transculturais a *OMS* desenvolveu uma metodologia própria para a construção do *World Health Organization Quality of life* (*WHOQOL-100*). Atualmente este instrumento encontra-se disponível em mais de 40 idiomas (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho et al, 2006).

Inicialmente foi desenvolvido um instrumento de avaliação com 100 questões, o *WHOQOL-100*. Porém, a necessidade de instrumentos curtos que exijam pouco tempo para o seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o grupo de Qualidade de Vida da *OMS* desenvolvesse uma versão abreviada do

WHOQOL-100, o *WHOQOL-Bref* (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho et al, 2006).

O WHOQOL-Bref é constituído por 26 questões, sendo duas questões gerais de *QV* e as restantes 24 representativas cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho et al, 2006).

O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-Bref foi tanto psicométrico como conceptual. Ao nível conceptual, foi definido pelo grupo de Qualidade de Vida da *OMS* de que o carácter abrangente do instrumento original de 100 itens deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o score total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho et al, 2006).

Foi realizada uma análise factorial confirmatória para uma solução a quatro domínios. Assim o WHOQOL-Bref é composto por 4 domínios, a saber: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Acrescenta-se que a publicação destes instrumentos (WHOQOL- 100 e WHOQOL – Bref) na presente tese não foi autorizada pelos autores responsáveis pela aferição dos mesmos à população portuguesa.

6.1.6.1. Inventário Depressivo de Beck (BDI) (Vaz Serra, A. & Abreu, J., 1973)

A avaliação da possível presença de indicadores de sintomatologia depressiva na amostra foi realizada através da versão portuguesa do *Inventário de Depressão de Beck (BDI)* (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, (1973 a), 1973b), um questionário de autoresposta composto por 21 grupos de afirmações, das quais o indivíduo deve seleccionar aquela que melhor descreve o seu estado no momento da avaliação.

A cotação deste instrumento, além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: 1) não deprimido: 0-9; 2) estados depressivos leves: 10-20; 3) depressão moderada: 21-30; e, 4) depressão grave: pontuação global superior a 30 (Vaz Serra & Abreu, 1973).

Acrescenta-se que a publicação do presente instrumento na tese não foi igualmente autorizada pelos autores responsáveis pela aferição do mesmo à população portuguesa.

6.1.6.2. Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Delgado, A.B. & Lima, M.L., 2001)

Apesar da não adesão aos tratamentos ser provavelmente a principal causa de insucesso das terapêuticas, não se encontram suficientemente desenvolvidas medidas validadas de deteção do nível de adesão (Delgado & Lima, 2001). Neste sentido, os autores propuseram a construção de uma escala, *Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)* (cf. Anexo 5) constituída por sete itens (e.g. *Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?*).

Acrescenta-se que os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky et al. (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalhinho (1994). Cerca de metade dos inquiridos responderam às questões numa escala dicotómica (sim=0 ou não=1), os restantes responderam numa escala de Likert de seis pontos (que variava de sempre= 1 a nunca=6). Em ambos os casos, os sete itens foram combinados numa nova variável cujo valor expressa o nível de adesão aos tratamentos. No caso da resposta na escala dicotómica o nível de adesão resulta da simples adição dos valores de cada item, já no caso da escala de Likert o nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Em ambos os casos valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Com o objetivo de analisar os dados com uma amostra maior e de testar a sensibilidade da escala de Likert para captar padrões de adesão, procedeu-se à conversão da escala de Likert para dicotómica (que designaremos como “escala dicotómica convertida”). A conversão fez-se segundo o seguinte critério: nunca (6) e raramente (5), da escala de Likert passou a não (I) da escala dicotómica, e por vezes (3),

com frequência (4), quase sempre (5) e sempre (6), da escala de Likert passou a sim (O), da escala dicotômica (Delgado & Lima, 2001).

6.2. Resultados

Após a colheita dos dados estes foram lançados numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística *SPSS* (Statistical Program for Social Sciences – versão 11.0).

1) Avaliação do grau percebido de *QV* geral e dos domínios, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente

No que diz respeito aos procedimentos estatísticos, a variável *QV* foi avaliada utilizando a versão breve do WHOQOL, que resulta em cinco subescalas, uma sobre a *QV* geral e as outras quatro avaliam aspectos particulares da *QV*.

A *QV* foi avaliada através de cinco domínios, a saber: geral, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, de acordo com o manual da escala, sendo utilizado o *teste t-Student* para comparar os resultados em duas amostras independentes. No caso de mais de duas amostras, face à falta de ajustamento à distribuição normal optou-se pelo *teste de Kruskal-Wallis* e também foi utilizado o *coeficiente de correlação de Spearman* para avaliar a relação da idade com os restantes resultados. Por fim, para comparar duas variáveis nominais foi utilizado o teste de independência do *Qui-Quadrado*.

Para além de observar-se a classificação da *QV*, procurou-se identificar o impacto de cada um dos aspectos avaliados na *QV* dos participantes no estudo, para tal foram obtidas tabelas de frequência para cada uma das perguntas que compõem esta escala.

A avaliação da *QV* em geral revelou que 49,1% dos sujeitos participantes no estudo consideram a sua *qualidade de vida boa ou muito boa*. Ainda é de referir a elevada percentagem observada de aqueles que não assumem uma posição clara ao responder, *nem boa nem má*.

Tabela 6 – Resultados obtidos através da questão *Como avalia a sua QV?*

		Muito má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Total
Como avalia a sua qualidade de vida	n	3	27	51	69	9	159
	%	1,9%	17,0%	32,1%	43,4%	5,7%	100%

Não esquecendo que estes doentes encontram-se a fazer reabilitação, a satisfação com o seu estado de saúde é menor, o que explica o facto de 45,9% se sentirem *insatisfeitos e muito insatisfeitos* com a sua saúde.

Tabela 7 – Resultados obtidos através da questão *Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?*

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito o nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	n	8	65	45	30	11	159
	%	5,0%	40,9%	28,3%	18,9%	6,9%	100%

Mais de 50% dos entrevistados nas duas semanas que antecederam à aplicação do questionário, sentiram *muitas ou muitíssimas dores físicas, necessidade de cuidados médicos, maior gosto pela vida e reconhecimento de sentido da sua vida*. Por outro lado, entre 40% e 50% dos entrevistados consideraram que no mesmo período se conseguiram *concentrar, sentir seguros e que o seu ambiente físico é seguro muitas vezes*, embora nestas mesmas questões entre 30% e 35% respondessem que *nem pouco nem muito*.

Tabela 8 – Resultados obtidos através de algumas questões do instrumento.

		Nada	Pouco	Nem pouco nem muito	Muito	Muitíssimo	Total
Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisa de fazer	N	10	42	24	71	12	159
	%	6,3%	26,4%	15,1%	44,7%	7,5%	100%
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária	N	19	29	21	75	15	159
	%	11,9%	18,2%	13,2%	47,2%	9,4%	100%
Até que ponto gosta da vida	N	2	25	19	56	57	159
	%	1,3%	15,7%	11,9%	35,2%	35,8%	100%
Em que medida sente que a sua vida tem sentido	N	2	15	29	90	23	159
	%	1,3%	9,4%	18,2%	56,6%	14,5%	100%
Até que ponto se consegue concentrar	N	1	23	49	78	8	159
	%	0,6%	14,5%	30,8%	49,1%	5,0%	100%
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	N	3	20	54	74	8	159
	%	1,9%	12,6%	34,0%	46,5%	5,0%	100%
Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	N	2	22	51	71	13	159
	%	1,3%	13,8%	32,1%	44,7%	8,2%	100%

A seguinte tabela mostra a frequência com que os entrevistados apresentam vitalidade suficiente para fazer face ao seu dia a dia, observando-se uma tendência para respostas nas classes centrais, o que mostra uma redução da vitalidade destes doentes.

Tabela 9 – Resultados obtidos através das respostas à questões do instrumento.

		Nada	Pouco	Modera-mente	Bastante	Completamente	Total
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	N	6	44	50	40	19	159
	%	3,8%	27,7%	31,4%	25,2%	11,9%	100%
É capaz de aceitar a sua aparência física	N	3	35	56	33	32	159
	%	1,9%	22,0%	35,2%	20,8%	20,1%	100%
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	N	7	68	67	11	6	159
	%	4,4%	42,8%	42,1%	6,9%	3,8%	100%
Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	N	4	27	78	38	12	159
	%	2,5%	17,0%	49,1%	23,9%	7,5%	100%
Em que medida tem oportunidade de realizar actividades de lazer?	N	26	50	55	24	4	159
	%	16,4%	31,4%	34,6%	15,1%	2,5%	100%

À semelhança do observado com a vitalidade nas tarefas diárias, também no que diz respeito à mobilidade há maior concentração no *nível nem boa nem má*, embora 24,5% considerem que a sua mobilidade é *boa*.

Tabela 10 – Resultados obtidos através da questão *Como avalia a sua mobilidade?*

		Muito má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Total
Como avalia a sua mobilidade?	N	20	30	49	39	21	159
	%	12,6%	18,9%	30,8%	24,5%	13,2%	100%

Relativamente a um conjunto de aspetos da vida observa-se variação maior, pois no que se refere ao sono, a amostra surge bastante segmentada, uma vez que 23,3% não se sentem *nem satisfeitos nem insatisfeitos* e 36,5% dizem-se *satisfeitos*. Comportamento semelhante foi observado na capacidade de desempenhar as atividades diárias e na satisfação com o trabalho.

Foi também observada semelhança na distribuição da satisfação com estruturas de suporte social como as suas relações, pessoais, o apoio dos amigos, o acesso aos serviços de saúde, a satisfação com as condições do lugar onde vive e os transportes que

utiliza, uma vez que entre 50% e 62,3% dos entrevistados responderam a estes aspetos no nível *satisfeito*.

Tabela 11 – Resultados obtidos através das respostas a questões do instrumento.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Até que ponto está satisfeito com o seu sono?	n	10	42	37	58	12	159
	%	6,3%	26,4%	23,3%	36,5%	7,5%	100%
Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar actividades do seu dia-a-dia?	n	11	51	32	53	12	159
	%	6,9%	32,1%	20,1%	33,3%	7,5%	100%
Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?	n	21	50	29	41	18	159
	%	13,2%	31,4%	18,2%	25,8%	11,3%	100%
Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	n	2	16	44	78	19	159
	%	1,3%	10,1%	27,7%	49,1%	11,9%	100%
Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?	n	1	9	33	94	22	159
	%	0,6%	5,7%	20,8%	59,1%	13,8%	100%
Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	n	8	18	70	48	15	159
	%	5,0%	11,3%	44,0%	30,2%	9,4%	100%
Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	n	2	23	31	80	23	159
	%	1,3%	14,5%	19,5%	50,3%	14,5%	100%
Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	n	1	15	20	99	24	159
	%	0,6%	9,4%	12,6%	62,3%	15,1%	100%
Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde?	n	2	7	33	90	27	159
	%	1,3%	4,4%	20,8%	56,6%	17,0%	100%
Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	n	5	14	25	98	17	159
	%	3,1%	8,8%	15,7%	61,6%	10,7%	100%

Dos entrevistados, 35,4% têm sentimentos negativos algumas vezes e 21,7% *frequentemente*. Ainda de destacar que 32,3% *poucas vezes* têm esse tipo de sentimentos, o que revela a diversidade de perceções acerca da *QV* entre os entrevistados.

Tabela 12 – Resultados obtidos através da questão *Com que frequência tem sentimentos negativos?*

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Total
Com que frequência tem sentimentos negativos como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	n	7	52	57	35	10	159
	%	4,3%	32,3%	35,4%	21,7%	6,2%	100%

Foram realizados *testes de hipóteses* para aferir o efeito ou associação das variáveis demográficas na distribuição dos entrevistados para estas 26 perguntas, mas os dados não permitem concluir da existência de efeitos significativos, assim podemos esperar que esta distribuição seja semelhante entre homens e mulheres, mais velhos ou mais novos, com maior ou menor nível de escolaridade.

Relativamente à *QV* geral, em média é de 52, com desvio de 20,3. Quando avaliado se existem diferenças entre homens e mulheres, o *teste t-Student* indica um nível de significância superior a 0,05 pelo que não existem diferenças significativas entre estas duas amostras, embora a média observada entre os homens seja ligeiramente superior à média observada nas mulheres.

No domínio físico, a média observada foi de 49,2, inferior ao ponto central da escala (50) o que indica que os entrevistados se encontram mais fragilizados a este nível, pois é do conjunto avaliado, a que apresenta menor média, quer nos homens quer nas mulheres, sem que seja possível estabelecer diferenças significativas entre estes dois grupos.

No domínio psicológico, o valor médio observado é de 62,8, dos maiores observados e ainda de referir a proximidade observada entre o valor dos homens e das mulheres, indicando que não existem diferenças significativas entre estas amostras.

Relativamente às relações sociais, a média observada na amostra foi de 64,3, sendo a dimensão com maior valor médio.

Em síntese, os entrevistados apresentam valores próximos do valor central das escalas na maioria das dimensões da *QV* e em nenhuma das dimensões existem diferenças entre homens e mulheres, por outras palavras homens e mulheres apresentam níveis de qualidade de vida semelhantes.

Tabela 13 – Resultados obtidos nos 5 domínios do instrumento em função do género

	Sexo	M	DP	Teste de Levene de igualdade de variâncias		Teste t-Student para duas amostras independentes	
				F	Sig	t	sig
Qualidade de vida-Geral	Feminino	51,4	19,5	1,311	,254	-,492	,624
	Masculino	53,1	22,0				
	Total	52,0	20,3				
Qualidade de vida-Domínio físico	Feminino	48,0	19,7	,748	,388	-1,072	,285
	Masculino	51,7	21,4				
	Total	49,2	20,3				
Qualidade de vida-Domínio psicológico	Feminino	62,5	15,6	1,968	,163	-,384	,701
	Masculino	63,5	18,5				
	Total	62,8	16,5				
Qualidade de vida-Domínio relações sociais	Feminino	65,1	16,2	1,564	,213	,757	,450
	Masculino	62,8	20,1				
	Total	64,3	17,6				
Qualidade de vida-Ambiente	Feminino	59,0	12,8	1,982	,161	1,456	,147
	Masculino	55,6	14,5				
	Total	57,9	13,4				

Mais do que o género, é a escolaridade que afeta a perceção da *QV*. Observe-se que o nível de significância obtido para todas as dimensões da qualidade de vida foi inferior a 0,05. E em todas as dimensões observamos que o valor médio da qualidade de vida aumenta com a escolaridade.

Tabela 14 – Resultados obtidos nos 5 domínios do instrumento em função da escolaridade

	Não sabe ler nem escrever		Sabe ler e/ou escrever		1º-4º		5.º 6.º		7.º9.º		10º12º		Estudos Universitários		Formação Pós-Graduada		Kruskal-Wallis	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	H	sig
QV-Geral	37,5	12,5	44,3	22,6	43	16,3	51,8	22,9	56,6	20,8	60,8	17,9	57,8	17	78,6	17,3	35,227	0,000
QV-Domínio físico	27,1	16,7	40,9	20,4	40,6	13,8	44,6	21,3	54	22,3	59,2	18,7	60,3	16,2	71,9	25	38,09	0,000
QV-Domínio psicológico	46,7	18,3	57,2	14,7	56,1	15,7	64,9	15,8	66,2	16,3	67,8	15,2	69,8	11,4	82,7	8,8	33,6	0,000
QV-Domínio relações sociais	48,3	12,4	56,1	21,1	58,3	15,1	67,3	10,6	65,2	19,4	70,6	14,8	68,8	20,1	88,1	13,5	33,438	0,000
QV-Ambiente	38,8	15,2	56,3	8,9	55,6	12,6	54,9	9,6	55,3	17	60,2	11,5	65,4	12,3	75	6,5	30,55	0,000

A tabela seguinte permite acompanhar a perceção das dimensões segundo o estado civil, relativamente à *QV* observou-se uma média superior entre os que vivem em união de facto e os solteiros independentemente do domínio. Contudo, apenas foi observada diferenças significativas na *QV* geral e no domínio físico.

Tabela 15 – Resultados obtidos nos 5 domínios do instrumento em função do estado civil.

	Estado civil												Kruskal-Wallis	
	Solteiro		Casado		União de Facto		Separado		Divorciado		Viúvo			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	H	Sig
QV-Geral	61	18,1	49,2	18,6	68,8	16,1	12,5	.	57,8	24,9	42,1	18,7	20,683	0,001
QV-Domínio físico	55	20,1	49,1	19,4	68,8	12,5	14,3	.	50,2	22,3	36,1	16,2	17,10	0,004
QV-Domínio psicológico	65,2	15,9	63	16,1	65,6	8,6	50	.	62,8	19,6	57	18,4	3,317	0,651
QV-Domínio relações	67,6	17,1	64,2	18	81,3	8	50	.	61,5	19,9	60,1	14,3	8,957	0,111

sociais															
QV-Ambiente	59,5	13,2	58,6	12,8	51,6	13,1	56,3	.	55,7	17	55,8	14,5	1,549	0,907	

Existe uma fraca correlação entre as dimensões da *QV* e a idade, mas é comum que a *QV* diminua com a idade pois em todas as dimensões o coeficiente de correlação obtido foi negativo.

Tabela 16 – Resultados obtidos nos 5 domínios do instrumento em função da idade.

		Qualidade de vida-Geral	Qualidade de vida-Domínio físico	Qualidade de vida-Domínio psicológico	Qualidade de vida-Domínio relações sociais	Qualidade de vida-Ambiente
Idade	ρ	-,328	-,437	-,283	-,208	-,043
	Sig	,000	,000	,000	,009	,595
	N	157	157	157	157	157

A presença de filhos menores não está associada a percepções da *QV* diferentes, pois o nível de significância do *teste t-Student* foi superior a 0,05.

Tabela 17 – Resultados obtidos nos 5 domínios do instrumento em função da existência de filhos menores.

	Filhos Menor	N	M	DP	Teste de Levene de igualdade de variâncias		Teste t-Student para duas amostras independentes	
					F	sig	T	Sig
QV-Geral	Não	96	51,6	20,0	,258	,612	,035	,972
	Sim	52	51,4	20,4				
QV-Domínio físico	Não	96	47,5	20,5	,418	,519	-1,393	,166
	Sim	52	52,3	18,9				
QV-Domínio psicológico	Não	96	61,4	16,6	,512	,476	-1,074	,284
	Sim	52	64,4	15,6				
QV-Domínio relações sociais	Não	96	64,1	16,8	,451	,503	-,038	,970
	Sim	52	64,3	18,3				

QVAmbiente	Não	96	59,0	13,6	,151	,698	1,556	,122
	Sim	52	55,4	12,5				

2) Avaliação da presença de indicadores de sintomatologia depressiva na amostra

No que diz respeito à avaliação de indicadores de sintomatologia na amostra, esta foi realizada partir do manual do *BDI*. Cada individuo foi classificado com tendo, ou não depressão e ainda os níveis de depressão existentes.

Como já foi referido a existência ou ausência de indicadores de sintomatologia depressiva foi avaliada através da utilização do *BDI*.

Fazendo referência aos valores maiores, observou-se uma maior percentagem de doentes no primeiro nível que corresponde a uma pontuação inferior, assim observamos maior número de doentes que não se sentem tristes, pessimistas, fracassados, insatisfeitos, com sentimentos de culpa, etc. Estes resultados permitem antever reduzida percentagem de doentes considerados como tendo sintomatologia depressiva.

Tabela 18 – Resultados obtidos nas diferentes facetas do *BDI*.

		n	%
Estado de ânimo triste	<i>Não me sinto triste</i>	73	45,6%
	Ando "neura" ou triste	60	37,5%
	Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo	11	6,9%
	Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim	12	7,5%
	Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado	4	2,5%
Pessimismo	<i>Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro</i>	74	46,3%
	Sinto-me com medo do futuro	62	38,8%
	Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro	8	5,0%
	Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas	10	6,3%
	Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar	6	3,8%

Sentimento de fracasso	<i>Não tenho a sensação de ter fracassado</i>	100	62,5%
	Não sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas	31	19,4%
	Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado	14	8,8%
	Quando analiso a minha vida passada tudo o que noto +e uma imensidade de fracassos	14	8,8%
	Sinto-me completamente fracassado como pessoa	1	,6%
Insatisfação	<i>Não me sinto descontente com nada em especial</i>	87	54,4%
	Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo	48	30,0%
	Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente	14	8,8%
	Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for	5	3,1%
	Sinto-me descontente com tudo	6	3,8%
Sentimento de culpabilidade	<i>Não me sinto culpado com nada em particular</i>	123	76,9%
	Sinto, grande parte do tempo, que não sou mau ou que não tenho qualquer valor	28	17,5%
	Sinto-me bastante culpado	7	4,4%
	Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada	2	1,3%
	Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada	0	,0%
Sentimento de punição	<i>Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo</i>	134	83,8%
	Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal	22	13,8%
	Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado	3	1,9%
	Sinto que mereço ser castigado	1	,6%
	Quero ser castigado	0	,0%
Ódio a si mesmo	<i>Não me sinto descontente comigo mesmo</i>	111	69,4%
	Estou desiludido comigo mesmo	37	23,1%
	Não gosto de mim	4	2,5%
	Estou bastante desgostoso comigo mesmo	8	5,0%
	Odeio-me	0	,0%
Auto-acusações	<i>Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa</i>	104	65,0%
	Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros	39	24,4%
	Culpo-me das minhas próprias faltas	14	8,8%
	Acuso-me por tudo o mal que acontece	3	1,9%
Desejos suicidas	<i>Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo</i>	148	92,5%
	Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar	7	4,4%
	Sinto que seria melhor morrer	1	,6%
	Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse	3	1,9%
	Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida	1	,6%
Crises de choro	<i>Actualmente não choro mais do que de costume</i>	96	60,0%
	Choro agora mais do que costumava	42	26,3%
	Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo	14	8,8%
	Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade	8	5,0%
Irritabilidade	<i>Não ando agora mais irritado do que de costume</i>	77	48,1%
	Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava	65	40,6%
	Sinto-me permanentemente irritado	7	4,4%
	Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente	11	6,9%
Afastamento social	<i>Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas</i>	114	71,3%
	Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter	39	24,4%
	Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas	5	3,1%
	Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito	2	1,3%
Incapacidade de decisão	<i>Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente</i>	125	78,1%
	Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões	22	13,8%
	Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas	8	5,0%
	Sinto-me completamente incapaz de tomar decisões	5	3,1%
Distorção da imagem	<i>Não acho que tenha pior aspecto do que de costume</i>	103	64,4%
	Sinto-me aborrecido porque estou a parecer mais velho e/ou pouco	41	25,6%

corporal	atraente		
	Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente	12	7,5%
Incapacidade de trabalhar	Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo	4	2,5%
	<i>Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente</i>	44	27,5%
	<i>Actualmente preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar</i>	41	25,6%
	Não consigo trabalhar tão bem como costumava	34	21,3%
	Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for	28	17,5%
	Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja	13	8,1%
	<i>Consigo dormir tão bem como dantes</i>	60	37,5%
Perturbações do sono (Acordar precoce)	<i>Acordo mais cansado de manhã do que era habitual</i>	60	37,5%
	Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que costume e custa-me voltar a adormecer	16	10,0%
	Acordo todos os dias mais cedo do que costume e não durmo mais do que 5 horas	24	15,0%
	<i>Não me sinto mais cansado do que é habitual</i>	48	30,6%
Fatigabilidade	<i>Fico cansado com mais facilidade do que antigamente</i>	73	46,5%
	Fico cansado quando faço seja o que for	31	19,7%
	Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja	5	3,2%
	<i>O meu apetite é o mesmo de sempre</i>	98	61,6%
Perda de apetite	O meu apetite não é tão bom como costumava ser	42	26,4%
	Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente	17	10,7%
	Perdi completamente todo o apetite que tinha	2	1,3%
	<i>Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum ultimamente</i>	108	67,5%
Perda de peso	Perdi mais de 2,5 quilos de peso	27	16,9%
	Perdi mais de 5 quilos de peso	12	7,5%
	Perdi mais de 7,5 quilos de peso	13	8,1%
	<i>A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual</i>	67	42,1%
Hipocondria	Sinto-me preocupado, com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre	47	29,6%
	Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa	32	20,1%
	Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto	13	8,2%
	<i>Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual</i>	109	68,6%
Diminuição da libido	Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar	23	14,5%
	Actualmente sinto-me menos interessado pela vida sexual	15	9,4%
	Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual	12	7,5%

Existe associação com o género para as dimensões *Sentimento de culpabilidade* e *Fatigabilidade*. Esta associação é explicada pelo fato de observarem-se mais mulheres (80,8%) que não se sentem culpadas com nada em particular do que homens (68,5%). Pois 11,1% dos homens sentem-se bastante culpados. Em relação à *Fatigabilidade*, os homens apresentam maior percentagem de respostas no nível, *Não me sinto cansado*, 48,1% contra 21,4% observado entre as mulheres. Elas, por sua vez indicam com maior frequência que se sentem mais cansadas do que antigamente.

Tabela 19 – Resultados obtidos no *BDI* em função do género.

		Sexo			
		Feminino		Masculino	
		N	%	n	%
Sentimento de culpabilidade $X^2= 10,324$ $p=0,016$	Não me sinto culpado com nada em particular	84	80,8%	37	68,5%
	Sinto, grande parte do tempo, que não sou mau ou que não tenho qualquer valor	17	16,3%	11	20,4%
	Sinto-me bastante culpado	1	1,0%	6	11,1%
	Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada	2	1,9%	0	0,0%
	Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada	0	0,0%	0	0,0%
Fatigabilidade $X^2= 15,596$ $p= 0,004$	Não me sinto mais cansado do que é habitual	22	21,4%	25	48,1%
	Fico cansado com mais facilidade do que antigamente	53	51,5%	19	36,5%
	Fico cansado quando faço seja o que for	24	23,3%	7	13,5%
	Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja	4	3,9%	1	1,9%

Esta escala permite ainda determinar a prevalência desta sintomatologia, com 95% de confiança, a prevalência de depressão nesta população varia entre 35,5 % e 50,8 %, pois na amostra 43,1% dos entrevistados têm presença de sintomatologia depressiva.

Considerando o grau de depressão é possível afirmar que 22,5% dos entrevistados tem depressão de grau leve, mas 13,8% têm depressão de grau grave.

Tabela 20 – Resultados gerais obtidos no *BDI*.

		N	%
Classificação do BDI	Não deprimido	91	56,9%
	Presença de sintomatologia depressiva	69	43,1%
Níveis do BDI	Ausência de depressão	91	56,9%
	Grau leve	36	22,5%
	Grau moderado	11	6,9%
	Grau grave	22	13,8%

A presença de sintomatologia depressiva é independente do género do sujeito, o teste de independência do *qui-quadrado* permite confirmar, pois o nível de significância obtido foi superior a 0,05, este resultado é explicado pelo facto de nos grupos de

homens e mulheres as percentagens de deprimidos e não deprimidos são muito próximas.

Tabela 21 – Resultados gerais obtidos no *BDI*.

Classificação do BDI		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Não deprimido	N	60	30	90
	%	57,7%	55,6%	57,0%
Presença de sintomatologia depressiva	N	44	24	68
	%	42,3%	44,4%	43,0%
Total	N	104	54	158
	%	100%	100%	100%

Teste de independência $\chi^2=0,066$; $p=0,797$

Novamente a escolaridade surge associada à presença/ausência de sintomatologia depressiva, sendo que entre utentes com escolaridade inferior ao 4.º ano, a probabilidade de existir sintomatologia depressiva é significativamente superior. Este grupo está associado a pessoas mais idosas, que pode constituir também um factor de risco.

Tabela 22 – Resultados obtidos no *BDI* em função da escolaridade.

Classificação do BDI		Escolaridade								Total
		Não sabe ler nem escrever	Saber e/ou escrever	1º-4º	5.º 6.º	7.º9.º	10º12º	Estudos Universitários	Formação Pós-Graduada	
Não deprimido	N	3	6	22	8	10	18	14	7	88
	%	60,0%	50,0%	40,0%	57,1%	62,5%	60,0%	82,4%	100%	56,4%
Presença de sintomatologia depressiva	N	2	6	33	6	6	12	3	0	68
	%	40,0%	50,0%	60,0%	42,9%	37,5%	40,0%	17,6%	0,0%	43,6%
Total	N	5	12	55	14	16	30	17	7	156
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Teste de independência $\chi^2= 16,714$; $p=0,019$

O fato de estar atualmente doente aumenta a probabilidade de apresentar sintomatologia depressiva, as diferenças observadas entre o grupo de utente doentes e não doentes são significativas ($X^2=8,066, p=0,005$).

Tabela 23 – Resultados no *BDI* em função do *estar ou não atualmente doente*

Classificação do BDI		Está atualmente doente		Total
		Não	Sim	
Não deprimido	N	10	80	90
	%	100%	54,1%	57,0%
Presença de sintomatologia depressiva	N	0	68	68
	%	0,0%	45,9%	43,0%
Total	N	10	148	158
	%	100%	100%	100%
Teste de independência		$X^2=8,066; p=0,005$		

O fato de ter filhos menores não constitui um factor de risco para a presença de sintomatologia depressiva.

Tabela 24 – Resultados obtidos no *BDI* em função da existência de filhos menores.

Classificação do BDI		Filhos Menor		Total	X2	sig
		Não	Sim			
Não deprimido	N	53	32	85	,553	,457
	%	55,2%	61,5%	57,4%		
Presença de sintomatologia depressiva	N	43	20	63		
	%	44,8%	38,5%	42,6%		
Total	N	96	52	148		
	%	100%	100%	100%		
Teste de independência		$X^2=0,553; p=0,457$				

3) Avaliação do grau de adesão à medicação prescrita

A análise da adesão à medicação foi feita através de sete itens já validados para a população portuguesa, pode ser medido enquanto escala de Likert, que varia entre 6

(sempre) e 1 (Nunca) ou numa escala dicotômica onde os níveis 6 e 5 representam Sim e os restantes assumem o valor Não.

Tabela 25 – Resultados obtidos através da análise estatística nas sete questões que compõe o *MAT*.

		Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	Total
Alguma vez se esqueceu de tomar medicamentos para a sua doença?	N	0	7	5	40	66	37	155
	%	0,0%	4,5%	3,2%	25,8%	42,6%	23,9%	100%
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	n	0	7	2	52	61	33	155
	%	0,0%	4,5%	1,3%	33,5%	39,4%	21,3%	100%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a doença por se ter sentido melhor?	n	2	5	8	39	27	73	154
	%	1,3%	3,2%	5,2%	25,3%	17,5%	47,4%	100%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	n	1	3	2	35	23	90	154
	%	0,6%	1,9%	1,3%	22,7%	14,9%	58,4%	100%
Alguma vez tomou mais ou vários comprimidos para a sua doença por ter sentido pior?	n	0	5	2	20	18	109	154
	%	0,0%	3,2%	1,3%	13,0%	11,7%	70,8%	100%
Alguma vez tomou mais ou vários comprimidos para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	n	0	6	0	13	32	102	153
	%	0,0%	3,9%	0,0%	8,5%	20,9%	66,7%	100%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma razão que não seja a indicação do médico?	n	0	5	1	17	33	98	154
	%	0,0%	3,2%	0,6%	11,0%	21,4%	63,6%	100%

Antes de proceder ao cálculo desta nova variável observou-se se a escala é consistente, utilizando para tal o *coeficiente alpha de Cronbach*, como o valor obtido foi 0,824 superior a 0,7 podemos afirmar que esta escala apresenta uma boa consistência interna, logo a variação observada entre as respostas é provocada por diferenças de opiniões e não por interpretações distintas do conteúdo do item.

Tabela 26- Alpha de Cronbach *MAT*.

Alpha de Cronbach	N de Itens
,824	7

Além de obtermos um coeficiente alpha de Cronbach superior a 0,7, a tabela seguinte mostra que algum dos itens for retirado, a escala perde consistência interna.

Tabela 27- Alpha de Cronbach *MAT*.

	Scale Mean if Item Deleted	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MAT-1	31,31	,809
MAT-2	31,38	,792
MAT-3	31,13	,798
MAT-4	30,84	,813
MAT-5	30,66	,816
MAT-6	30,65	,790
MAT-7	30,70	,780

Teoricamente esta escala varia entre 7 e 42, tal como no manual a mediana foi considerada como ponto de corte, desta forma valores acima de 37 são considerados aderentes e inferiores não aderentes, assim, foi este o ponto de corte definido para separar os que aderem e os que não aderem aos tratamentos.

Tabela 28- Resultados obtidos *MAT*.

	percentil 25	Mediana	percentil 75
Medida de adesão aos tratamentos (1-7)	33,00	37,00	40,00

4) Avaliação do impacto da sintomatologia depressiva na *QV* da amostra

Para avaliar o impacto da sintomatologia depressiva sobre a *QV* e adesão aos tratamentos optou-se pela *análise de variância múltipla (MANOVA)*, pois estamos perante seis variáveis aleatórias dependentes e procuramos estabelecer o efeito do grau de depressão sobre elas. Mas como a análise preliminar indicou efeito significativo da escolaridade esta também foi incluída como um factor, nesta análise (Cf. Anexo 6).

Procurou-se saber qual a influência do grau de depressão sobre a qualidade de vida e adesão aos tratamentos, como existem 6 variáveis dependentes, cinco relacionadas com a qualidade de vida e uma com a adesão aos tratamentos, foi utilizada a *análise de variância multivariada*.

A tabela seguinte mostra que tanto a escolaridade como o grau de dependência afetam a *QV* e a adesão aos tratamentos, que são as variáveis dependentes.

Tabela 29- Impacto da sintomatologia depressão na *QV*.

Efeito	Λ de Wilks	F	Sig.
Escolaridade	,148	137,486 ^a	,000
Grau depressão	,613	15,050 ^a	,000

O modelo obtido explica uma percentagem elevada da variação dos domínios da *QV* e da adesão aos tratamentos, pois os coeficientes R² obtidos são superiores a 0,8.

A escolaridade tem efeito significativos sobre os valores de todos os domínios da *QV* e de adesão aos tratamentos, uma vez que a significância obtida para este factor é inferior a 0,05 em todas as variáveis dependentes.

Já o efeito do grau de depressão tem impacto menos transversal, pois afeta o domínio ambiente e adesão aos tratamentos.

Tabela 30- Impacto da sintomatologia depressiva na *QV*.

Fonte	Variável Dependente	R ²	F	Sig.
Modelo	Qualidade de vida-Geral	,846	407,331	,000
	Qualidade de vida-Domínio físico	,856	441,243	,000
	Qualidade de vida-Domínio psicológico	,875	517,793	,000
	Qualidade de vida-Domínio relações sociais	,869	490,438	,000
	Qualidade de vida-Ambiente	,877	527,110	,000
	Medida de adesão aos	,884	565,175	,000

	tratamentos (1-7)			
Escolaridade	Qualidade de vida-Geral		580,749	,000
	Qualidade de vida-Domínio físico		657,628	,000
	Qualidade de vida-Domínio psicológico		696,009	,000
	Qualidade de vida-Domínio relações sociais		639,633	,000
	Qualidade de vida-Ambiente		637,181	,000
	Medida de adesão aos tratamentos (1-7)		596,467	,000
	Grau depressão (BDI)	Qualidade de vida-Geral		,069
Qualidade de vida-Domínio físico			1,834	,178
Qualidade de vida-Domínio psicológico			1,267	,262
Qualidade de vida-Domínio relações sociais			3,086	,081
Qualidade de vida-Ambiente			11,688	,001
Medida de adesão aos tratamentos (1-7)			37,423	,000

A tabela seguinte mostra a distribuição dos doentes pelos domínios que avaliam a sua *QV* e segundo a classificação do *BDI*, foi ainda realizado o *teste de independência do qui-quadrado*. Dado as variáveis serem ordinais e nominais, para aferir se existe associação entre alguns aspetos da perceção da qualidade de vida e a existência de sintomatologia depressiva. O facto de serem obtidos níveis de significância inferiores a 0,05, comprova que alguns aspetos da perceção da *QV* são afetados pela presença ou ausência de sintomatologia depressiva.

Tabela 31 – Impacto da sintomatologia depressiva na *QV*.

		Classificação do BDI				Teste de independência
		Não deprimido		Presença de sintomatologia depressiva		
		n	%	N	%	
Como avalia a sua qualidade de vida	Muito má	1	1,1%	2	2,9%	$X^2=19,937$ $p=0,001$
	Má	9	10,0%	18	26,5%	
	Nem Boa Nem Má	22	24,4%	28	41,2%	
	Boa	51	56,7%	18	26,5%	
	Muito Boa	7	7,8%	2	2,9%	
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	Muito insatisfeito	1	1,1%	7	10,3%	$X^2=38,649$ $p=0,000$
	Insatisfeito	22	24,4%	43	63,2%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	32	35,6%	12	17,6%	

Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisa de fazer	Satisfeito	26	28,9%	4	5,9%	$X^2=12,833$ $p=0,012$
	Muito satisfeito	9	10,0%	2	2,9%	
	Nada	6	6,7%	4	5,9%	
	Pouco	25	27,8%	17	25,0%	
	Nem pouco nem muito	20	22,2%	4	5,9%	
	Muito	36	40,0%	34	50,0%	
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária	Muitíssimo	3	3,3%	9	13,2%	$X^2=18,61$ $p=0,001$
	Nada	16	17,8%	3	4,4%	
	Pouco	21	23,3%	8	11,8%	
	Nem pouco nem muito	13	14,4%	8	11,8%	
	Muito	37	41,1%	37	54,4%	
Até que ponto gosta da vida	Muitíssimo	3	3,3%	12	17,6%	$X^2=34,661$ $p=0,000$
	Nada	0	0,0%	2	2,9%	
	Pouco	7	7,8%	18	26,5%	
	Nem pouco nem muito	3	3,3%	16	23,5%	
	Muito	37	41,1%	18	26,5%	
Em que medida sente que a sua vida tem sentido	Muitíssimo	43	47,8%	14	20,6%	$X^2=24,754$ $p=0,000$
	Nada	0	0,0%	2	2,9%	
	Pouco	3	3,3%	12	17,6%	
	Nem pouco nem muito	9	10,0%	19	27,9%	
	Muito	62	68,9%	28	41,2%	
Até que ponto se consegue concentrar	Muitíssimo	16	17,8%	7	10,3%	$X^2=14,942$ $p=0,005$
	Nada	0	0,0%	1	1,5%	
	Pouco	6	6,7%	17	25,0%	
	Nem pouco nem muito	27	30,0%	21	30,9%	
	Muito	50	55,6%	28	41,2%	
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	Muitíssimo	7	7,8%	1	1,5%	$X^2=9,048$ $p=0,06$
	Nada	1	1,1%	2	2,9%	
	Pouco	7	7,8%	13	19,1%	
	Nem pouco nem muito	27	30,0%	26	38,2%	
	Muito	49	54,4%	25	36,8%	
Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	Muitíssimo	6	6,7%	2	2,9%	$X^2=9,131$ $p=0,058$
	Nada	1	1,1%	1	1,5%	
	Pouco	8	8,9%	14	20,6%	
	Nem pouco nem muito	26	28,9%	24	35,3%	
	Muito	44	48,9%	27	39,7%	
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	Muitíssimo	11	12,2%	2	2,9%	$X^2=34,888$ $p=0,000$
	Nada	0	0,0%	6	8,8%	
	Pouco	15	16,7%	29	42,6%	
	Moderadamente	28	31,1%	22	32,4%	
	Bastante	29	32,2%	11	16,2%	
É capaz de aceitar a sua aparência física	Completamente	18	20,0%	0	0,0%	$X^2=22,093$ $p=0,0002$
	Nada	2	2,2%	1	1,5%	
	Pouco	9	10,0%	26	38,2%	
	Moderadamente	31	34,4%	24	35,3%	
	Bastante	23	25,6%	10	14,7%	
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	Completamente	25	27,8%	7	10,3%	$X^2=7,112$ $p=0,1301$
	Nada	3	3,3%	4	5,9%	
	Pouco	31	34,4%	36	52,9%	
	Moderadamente	44	48,9%	23	33,8%	
	Bastante	8	8,9%	3	4,4%	
Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	Completamente	4	4,4%	2	2,9%	$X^2=10,546$ $p=0,032$
	Nada	3	3,3%	1	1,5%	
	Pouco	9	10,0%	17	25,0%	
	Moderadamente	43	47,8%	35	51,5%	
	Bastante	25	27,8%	13	19,1%	
Em que medida tem oportunidade de realizar actividades de lazer?	Completamente	10	11,1%	2	2,9%	$X^2=12,436$ $p=0,014$
	Nada	9	10,0%	17	25,0%	
	Pouco	25	27,8%	25	36,8%	
	Moderadamente	34	37,8%	20	29,4%	
	Bastante	19	21,1%	5	7,4%	
Como avalia a sua mobilidade?	Completamente	3	3,3%	1	1,5%	$X^2=25,363$ $p=0,000$
	Muito má	4	4,4%	16	23,5%	
	Má	14	15,6%	16	23,5%	
	Nem Boa Nem Má	28	31,1%	20	29,4%	

	Boa	24	26,7%	15	22,1%	
	Muito Boa	20	22,2%	1	1,5%	
Até que ponto está satisfeito com o seu sono?	Muito insatisfeito	2	2,2%	8	11,8%	$X^2=26,486$ $p=0,000$
	Insatisfeito	13	14,4%	29	42,6%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	26	28,9%	10	14,7%	
	Satisfeito	39	43,3%	19	27,9%	
	Muito satisfeito	10	11,1%	2	2,9%	
Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar actividades do seu dia-a-dia?	Muito insatisfeito	3	3,3%	8	11,8%	$X^2=36,108$ $p=0,000$
	Insatisfeito	16	17,8%	35	51,5%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	17	18,9%	14	20,6%	
	Satisfeito	45	50,0%	8	11,8%	
	Muito satisfeito	9	10,0%	3	4,4%	
Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?	Muito insatisfeito	5	5,6%	16	23,5%	$X^2=33,229$ $p=0,000$
	Insatisfeito	23	25,6%	27	39,7%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	12	13,3%	16	23,5%	
	Satisfeito	36	40,0%	5	7,4%	
	Muito satisfeito	14	15,6%	4	5,9%	
Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	Muito insatisfeito	0	0,0%	2	2,9%	$X^2=30,968$ $p=0,000$
	Insatisfeito	2	2,2%	13	19,1%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	17	18,9%	27	39,7%	
	Satisfeito	58	64,4%	20	29,4%	
	Muito satisfeito	13	14,4%	6	8,8%	
Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?	Muito insatisfeito	0	0,0%	1	1,5%	$X^2=21,89$ $p=0,000$
	Insatisfeito	1	1,1%	8	11,8%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	12	13,3%	21	30,9%	
	Satisfeito	59	65,6%	34	50,0%	
	Muito satisfeito	18	20,0%	4	5,9%	
Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	Muito insatisfeito	1	1,1%	7	10,3%	$X^2=32,028$ $p=0,000$
	Insatisfeito	4	4,4%	14	20,6%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	34	37,8%	35	51,5%	
	Satisfeito	38	42,2%	10	14,7%	
	Muito satisfeito	13	14,4%	2	2,9%	
Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	Muito insatisfeito	0	0,0%	2	2,9%	$X^2=18,331$ $p=0,001$
	Insatisfeito	5	5,6%	17	25,0%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	16	17,8%	15	22,1%	
	Satisfeito	52	57,8%	28	41,2%	
	Muito satisfeito	17	18,9%	6	8,8%	
Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	Muito insatisfeito	0	0,0%	1	1,5%	$X^2=16,503$ $p=0,002$
	Insatisfeito	3	3,3%	12	17,6%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	7	7,8%	12	17,6%	
	Satisfeito	63	70,0%	36	52,9%	
	Muito satisfeito	17	18,9%	7	10,3%	
Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito	1	1,1%	1	1,5%	$X^2=0,314$ $p=0,989$
	Insatisfeito	4	4,4%	3	4,4%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	17	18,9%	15	22,1%	
	Satisfeito	52	57,8%	38	55,9%	
	Muito satisfeito	16	17,8%	11	16,2%	
Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	Muito insatisfeito	1	1,1%	3	4,4%	$X^2=12,494$ $p=0,014$
	Insatisfeito	3	3,3%	11	16,2%	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	13	14,4%	12	17,6%	
	Satisfeito	60	66,7%	38	55,9%	
	Muito satisfeito	13	14,4%	4	5,9%	
Com que frequência tem sentimentos negativos como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	Nunca	7	7,7%	0	0,0%	$X^2=66,45$ $p=0,000$
	Poucas vezes	44	48,4%	7	10,1%	
	Algumas vezes	36	39,6%	21	30,4%	
	Frequentemente	3	3,3%	32	46,4%	
	Sempre	1	1,1%	9	13,0%	

5) Análise dos motivos que levam o Médico Fisiatra a encaminhar utentes para a consulta de psicologia

Acrescenta-se que foram analisadas através de uma análise de conteúdo, as referências para a consulta de psicologia do adulto do serviço de medicina física e reabilitação, realizadas pelos Médicos Fisiatras entre o período correspondente a maio de 2011 a maio 2012. Desta forma, conseguiu-se perceber quais os principais motivos que levam o Médico Fisiatra a encaminhar pacientes para o Psicólogo, através da criação de categorias de referência.

Pode-se constatar que os principais motivos que levam os Médicos Fisiatras a encaminharem utentes para a consulta de psicologia prendem-se com a tristeza/depressão, seguidos da ansiedade, das dificuldades de adaptação à doença, de dores/queixas álgicas e dos problemas familiares/emocionais. É de realçar que a não adesão à medicação também é um motivo de encaminhamento (cf. Anexo 7).

6.3.Discussão dos resultados e linhas futuras de investigação

De seguida procede-se a uma discussão dos resultados de acordo com os objetivos e hipóteses propostas para o estudo.

1) Avaliação do grau percebido de *QV* geral e nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente

A avaliação da *QV em* geral revelou que 49,1% dos sujeitos com incapacidade física adquirida que participaram no estudo consideraram a sua *QV boa ou muito boa*. Em relação a estes dados, não se pode esquecer que a *QV* é definida pela *OMS* “como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 20, WHOQOLGroup, 1994). Desta forma, não pode ser esquecido que os resultados obtidos aquando a avaliação da *QV* correspondem sempre à percepção individual do sujeito. Por vezes, bons resultados aferidos pelos pacientes não são necessariamente equivalentes a bons resultados clínicos e *vice-versa*. De qualquer forma, sabe-se que variáveis psicossociais ajustadas e percepção geral positiva da sua *QV* por parte do paciente são importantes preditores de evolução positiva do estado clínico.

Todavia, a satisfação com o seu estado de saúde é menor, o que explica o fato de 45,9% se sentirem *insatisfeitos com a sua saúde*. Desta forma, é de relembrar que estes utentes encontravam-se a frequentar um serviço hospitalar o que só por si tem um impacto psicológico negativo.

Não pode igualmente ser esquecido que apesar da saúde ser o domínio que melhor explica a *QV* geral e que muitas vezes estes conceitos surgem na literatura como sinónimos (Fries & Spitz, 1990). Muitos autores consideram que estes conceitos são substancialmente diferentes (Kaplan & Anderson, 1990; Ware, 1991 e Herman, 1993 citados por Ribeiro, 2002). Daí os resultados acima expostos serem diferentes.

A análise estatística parece indicar que os entrevistados se encontram mais fragilizados no domínio físico, nos restantes domínios da *QV* os resultados encontram-se dentro da média esperada. Em relação a este resultado apesar de saber-se que a saúde engloba factores sociopsicossociais, o serviço em questão trabalha doentes com incapacidade física adquirida. Desta forma, a problemática *física* aqui tem grande impacto. Este resultado vai ao encontro da segunda hipótese prevista.

Mais de 50% dos entrevistados nas duas semanas que antecederam à aplicação do questionário, sentiram *muitas ou muitíssimas dores físicas e necessidade de cuidados médicos*. Realça-se que um dos principais motivos que leva o Médico Fisiatra a referenciar o utente para o psicólogo é a presença de queixas álgicas/dores.

Outro dado importante a realçar é que existe *satisfação com estruturas de suporte social como as suas relações pessoais, o apoio dos amigos, o acesso aos serviços de saúde, a satisfação com as condições do lugar onde vive e os transportes que utiliza*. A este respeito 50% e 62,3% dos entrevistados responderam a estes aspectos no nível *satisfeito*. A perceção de uma boa rede de suporte social é determinante para a evolução positiva das patologias e sensação de bem-estar subjetivo. Estes dados poderão ser preditores do bom funcionamento do serviço em questão e de uma boa perceção de uma rede de suporte social.

Na hipótese 1) previa-se que o grau percebido de *QV*, geral e nos diferentes domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) variasse consoante as variáveis sociodemográficas em estudo, nomeadamente, género, nível de escolaridade; estado civil, idade e presença de filhos menores. Contudo, o estudo demonstrou que o grau percebido de *QV* apenas é variável em relação à escolaridade. Aliás, em todas as dimensões observamos que o valor médio da *QV* aumenta com a escolaridade. Não foram encontrados estudos significativos que abordassem esta questão. Desta forma, sugere-se um estudo mais aprofundado do possível impacto do grau de escolaridade na *QV*.

Outro dado a considerar é que na amostra existe uma fraca correlação entre as dimensões da *QV* e a idade. Porém, é comum associar que a *QV* tende a diminuir com a idade pois em todas as dimensões o coeficiente de correlação obtido foi negativo. Sugere-se igualmente que sejam realizados mais estudos acerca da possível relação entre *QV* e velhice.

2) Avaliação da presença de indicadores de sintomatologia depressiva na amostra

Em relação à presença de sintomatologia depressiva na amostra, os dados obtidos indicam em geral que o fato de se estar atualmente doente aumenta a probabilidade de se apresentar sintomatologia depressiva.

Porém, observou-se um maior número de doentes que não se sentem tristes, pessimistas, fracassados, insatisfeitos, com sentimentos de culpa, etc. Estes resultados

permitem antever reduzida percentagem de doentes considerados como tendo sintomatologia depressiva significativa, a saber: 22,5% dos entrevistados tem indicadores de sintomatologia depressiva de grau leve, apenas 13,8% têm depressão de grau grave. Convém, realçar que a perturbação depressiva não pode ser diagnosticada apenas com o recurso a um questionário como o *BDI*. Na avaliação da possibilidade de existência de depressão devem-se sempre ter em consideração entrevistas junto do utente, familiares e equipas de profissionais de saúde, não só questionários estruturados. Os instrumentos de avaliação dão-nos apenas indicadores que devemos explorar mais detalhadamente.

Os resultados obtidos corroboram a hipótese anteriormente sugerida (hipótese 3) e os estudos que indicam que após a perda de capacidades físicas, é frequente surgirem situações em que está presente o sentimento de tristeza. No entanto, a tristeza nem sempre é sinónimo de depressão, pois também está presente no processo de luto (Wolpert, 2000). É importante sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da distinção entre o processo de luto e depressão.

Novamente a escolaridade surge associada à sintomatologia depressiva, sendo que entre os utentes com escolaridade inferior ao 4.º ano, a probabilidade de existir sintomatologia depressiva é significativamente superior. Este grupo está associado a pessoas mais idosas, que pode constituir também um factor de risco. Em relação a estes últimos dados é extremamente importante não confundir velhice com tristeza.

3) Avaliação do grau de adesão à medicação prescrita

No que diz respeito à avaliação do grau de adesão à medicação prescrita pode-se considerar que a maioria da amostra é aderente, o que corrobora a hipótese sugerida (n.º 4).

Outro dado importante que é indicado em alguns estudos acerca da adesão à medicação é que os utentes por receio não são verdadeiros com os profissionais de saúde, relativamente à toma da medicação. Daí ser difícil medir com muita precisão esta variável. É de todo importante continuar a sensibilizar os profissionais de saúde para esta problemática. Cabe aos profissionais de saúde continuar a explicar os efeitos adversos da não adesão à medicação.

No futuro seria de todo conveniente o estudo da adesão e motivos de *dropout* a tratamentos não farmacológicos, essenciais em contexto de medicina física e reabilitação, como a fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e psicologia.

4) Avaliação do impacto da sintomatologia depressiva na *QV* da amostra

Ao contrário do que era previsto (na hipótese n.º 5) não foram encontradas relações muito significativas entre as variáveis, indicadores de sintomatologia depressiva e *QV*. Estes dados são contrários à maioria dos estudos existentes, que indicam que parece consensual que a sintomatologia depressiva tem um forte impacto na *QV* dos sujeitos (Vaz Serra, Carnavaro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho et al. 2006).

Porém, o fato de serem obtidos níveis de significância inferiores a 0,05, comprova que alguns aspectos da percepção da *QV* parecem ser afectados de alguma forma pela presença ou ausência de sintomatologia depressiva.

Contudo, não pode ser esquecido que não foram encontrados estudos a nível internacional e nacional que avaliassem estas variáveis em utentes que frequentassem serviços de medicina física e reabilitação. Desta forma, sugere-se que estes estudos possam vir a ser realizados num futuro próximo.

5) Análise dos motivos que levam o Médico Fisiatra a encaminhar utentes para a consulta de psicologia

Pode-se constatar que os principais motivos que levam os Médicos Fisiatras a encaminharem utentes para o Psicólogo prendem-se com a tristeza/depressão, seguidos de ansiedade, de dificuldades de adaptação à doença, de dores/queixas álgicas e de problemas familiares/emocionais. Estes resultados corroboram a hipótese n.º 6 proposta, relativamente ao encaminhamento por dificuldades emocionais e de adaptação à doença. É de realçar que a não adesão à medicação também é um motivo de encaminhamento. Estes resultados sugerem que os psicólogos que trabalham em contexto de incapacidade física adquirida devem continuar a aprimorar as suas intervenções junto dos utentes de forma a ganharem mais confiança e credibilidade junto destes e das equipas em que estão inseridos.

Propõe-se que no futuro, possam ser criadas *guidelines* de referência que permitam ajudar os médicos a encaminhar utentes para o psicólogo com ainda maior eficácia.

CONCLUSÕES GERAIS

Após a elaboração da presente tese de doutoramento foi possível retirar diferentes ilações que passam, de seguida, a ser descritas.

A doença é vista como uma reação complexa de factores psicológicos e fisiológicos. Sabe-se que a relação entre a *mente* e o *corpo* tem vindo a ser estudada desde a antiguidade. Por exemplo, essa relação foi detetada e estudada por Hipócrates. Nessa época, saúde era sinónimo de *mente sã em corpo são* e só podia ser mantida se a pessoa seguisse um estilo de vida que estivesse em sintonia com as leis da natureza.

Porém, o surgimento do modelo cartesiano conduziu uma visão redutora e linear acerca dos conceitos de *mente e corpo*. A ideia de uma mente *descorporalizada* parece ter também moldado durante largos anos a forma peculiar como a medicina ocidental abordou o estudo e o tratamento da doença. Estes pressupostos cartesianos ainda se refletem nos dias de hoje, na clivagem frequente entre questões orgânicas e psicossociais e sobvalorização destas últimas na evolução da doença.

De qualquer forma através da segunda revolução da saúde, *abriram-se portas* para aceitar o fato de que as perturbações psicológicas podem provocar doenças no corpo. Por esta altura surgiu a conhecida, embora considerada por muitos, utópica, definição de saúde da OMS (1948), “saúde é um sentimento bem-estar físico, social e psicológico, e não apenas a ausência de doença” (p. 29, Simões, 2006).

Neste contexto foi necessário introduzir aos contextos de saúde profissionais que trabalhassem diretamente as variáveis psicossociais. Os Psicólogos que focalizam a sua atenção na forma como os factores biológicos, psicológicos e sociais influenciam a saúde e a doença são chamados Psicólogos da Saúde.

A intervenção de Psicólogos na Saúde, para além de contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da *QV* dos utentes dos serviços de saúde, pode também contribuir para a redução de internamentos hospitalares, diminuição da utilização de medicamentos e utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde.

Os Psicólogos da Saúde podem igualmente potenciar a atuação de outros técnicos, contribuindo para a melhoria das relações entre estes e os utentes, para a melhoria das relações interprofissionais e para a promoção de uma utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde, participando assim em atividades de humanização dos serviços.

O *Hospital* é por excelência um dos contextos em que os Psicólogos podem desenvolver as suas competências e demonstrar que as suas intervenções têm um impacto positivo e imprescindível. Para além das vantagens anteriormente descritas acerca do trabalho dos Psicólogos em contextos de saúde, convém realçar ainda o fato que as intervenções baseadas no modelo biopsicossocial são custo-efetivas e permitem uma redução na despesa de saúde.

Porém, o hospital é uma instituição complexa, que envolve um grande número de especialidades. O Psicólogo que exerce a sua profissão em contexto hospitalar fá-lo numa equipa multidisciplinar. O papel primordial do psicólogo na equipa de trabalho é o de ser um generalista que é responsável pela contextualização do problema, quer ao nível das questões psicológicas e psicossociais quer ao nível do problema de saúde. Como perito em comunicação e relação, o Psicólogo tem um papel facilitador das questões comunicacionais entre os diversos protagonistas dos cuidados de saúde primários.

Sabe-se que o trabalho em equipa em contexto hospitalar permite que os profissionais percebam os seus próprios limites e encontrem nos colegas de outras áreas profissionais, apoio em relação às suas dúvidas. Contudo, há queixas entre Psicólogos de que muitas das suas observações clínicas não são prontamente aceites pelas equipas.

Neste contexto, cabe ao psicólogo conhecer toda a dinâmica hospitalar, questionar médicos e enfermeiros quando necessita de informação sobre diagnóstico e prognóstico dos doentes, utilizar linguagem adequada ao contexto em que está inserido e esclarecer o valor da sua intervenção junto dos utentes em reuniões de discussões de casos e partilha de ideias. Só assim poderá ser considerado um membro indispensável da equipa de trabalho.

Um dos serviços hospitalares em que é essencial a colaboração do Psicólogo é a medicina física e reabilitação. Porém, existe escassa literatura científica relativa ao acompanhamento psicológico de indivíduos com défices físicos e incapacidades adquiridas. Desta forma, sugere-se que sejam realizados mais estudos acerca do impacto destas variáveis na incapacidade física adquirida.

Sabe-se que a situação de incapacidade adquirida pode desafiar alguns dos pressupostos básicos sobre o próprio sujeito e o mundo em geral. Os aspetos psicológicos envolvidos podem ser múltiplos, capazes no seu extremo de desencadear reações verdadeiramente catastróficas. As perdas inerentes à incapacidade, independentemente da sua maior ou menor gravidade, de físicas, cognitivas ou simbólicas podem originar respostas emocionais mais ou menos previsíveis, certamente sujeitas a uma importante variabilidade individual.

É importante a consciencialização da realidade por parte do paciente, mesmo que esta lhe suscite sofrimento psicológico. Só consciencializando quais as suas

limitações se torna claro o que é capaz de realizar e o que lhe pode dar prazer. Outro aspecto muito importante para a readaptação à lesão é a capacidade da pessoa investir em si própria, não desistindo do seu projeto de vida, desde que este seja coerente com as suas capacidades. A este respeito há que lembrar aos profissionais de saúde a distinção das situações de luto e de depressão.

Quando um Psicólogo intervém em contexto hospitalar, por exemplo, nos serviços de medicina física e reabilitação, deve estar também atento a uma panóplia de outras variáveis psicológicas e sociais que advêm do fato de se estar doente. Dessas variáveis pode-se destacar a *QV*, a sintomatologia depressiva e a adesão à terapêutica prescrita, visto influenciarem na recuperação de várias doenças.

Dos diversos resultados obtidos no estudo efetuado, já descritos, realça-se, o fato dos principais motivos que levam os médicos fisiatras a encaminharem utentes para o Psicólogo prenderem-se com a tristeza/depressão, seguidos de ansiedade, das dificuldades de adaptação à doença, das dores/queixas álgicas e de problemas familiares/emocionais.

Estes resultados corroboraram a hipótese proposta, relativamente ao encaminhamento por dificuldades emocionais e de adaptação à doença. É de realçar que a não adesão à medicação também é um motivo de encaminhamento. Estes resultados sugerem que os Psicólogos que trabalham em contexto de incapacidade física adquirida devem continuar a aprimorar as suas intervenções junto dos utentes de forma a ganharem mais confiança e credibilidade junto destes e das equipas em que estão inseridos. Propõe-se que no futuro, possam ser criadas *guidelines* para referenciação que permitam ajudar os médicos a encaminhar utentes para o Psicólogo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aigner, M.; Förster-Streffleur, S.; Prause, W.; Freidl, M.; Weiss, M.; Bach, M. (2006). Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 81-86.
- Albee, G.W. (1982). Preventing psychopathology and promotion human potencial. *American Psychologist*, 37, 1043-1050.
- Albuquerque, C. & Oliveira, C. *Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança*. Revista do ISP. 2002. Disponível em: [http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm] Acesso em: 30 novembro 2013.
- Anderson, R. C., & Grunert, B. K. (1997). A cognitive behavioral approach to the treatment of post-traumatic stress disorder after work-related trauma. *Professional Safety*, 42, 39-42.
- Anton, D. M., & Mendez, F. X. (1999). Líneas actuales de investigación em psicología de la salud. In Miguel Angel Simon (Ed.), *Psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 217- 256). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, Psicología Universidad.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- APA task force on health research (1976). Contributions of psychology to health research: patterns, problems and potentials. *American Psychologist*, 31, 263-274.

- Aron, E. & Aron, A. (1987). The influence of inner state on self-reported long term happiness. *Journal of Humanistic Psychology*, 27, 248-270.
- Asplund, J., Danelson, M., & Ohman, P. (1984). Patients compliance in hypertension. The importance of number of tablets. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 17, 547-552.
- Barat, M. & Pierre, P. (1998). Le récu du handicap par la personne handicapée. In Held, J. & Dizien, O. *Traité de médecine psysique et le réadaptation*. Paris: Médecine Sciences Flammation.
- Beck, A. (1987). Cognitive Models of depression. *Journal of Cognitive Psychoterapy*, 1, 5-37.
- Belar, C. D., Deardorff, W. W., & Kelly, K. E. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamon Press.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, P.; Lowe, R.; Matthews, V. & Doural, M. (2000). Stress in nurses: coping, managerial support and work demand, *Stress Medicine*.
- Berlim, M. T., & Fleck, M. (2007). Quality of Life and Major Depression. In M. Ritsner & A. G.Awad (Eds.), *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders* (pp. 241-252): Springer.
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. Londres: Tavistock.

- Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica* (pp. 32-35). Lisboa: Lusodidacta.
- Bond, W.S., & Hussar, D.A. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 48, 1978-1988.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives ? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, 40, 1447-62
- Bowling A .& Windsor, J. (2001). Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2, 55-81.
- Brooks, C.M., Richards, J.M., Kohler, C.L., Soong, S., Martin, B., Windson, R.A., & Bailey, W.C. (1994). Assessing adherence to asthma medication and inhaler regimens: A psychometric analysis of adult self-report scales. *Medical Care*, 32, 298-307.
- Bucher, J. (2003). Psicologia da Saúde no contexto da saúde pública: uma complexidade crescente. In O. H. Yamamoto & V.V. Gouveia (Orgs.), *Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica* (pp. 213- 239). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bucher H.; Guyatt G.; Cook, H.; Holbrook, A. & McAlister, F. (1999). Users' guides to the medical literature: XIX. Applying clinical trial results. A. How to use an article measuring the effect of an intervention on surrogate end points. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 282(8), 771-8.
- Calaça, J., Pechilga, E., Sousa, S., & Correia, J.M. (1986). Estudo do perfil de aderência dos doentes numa consulta hospitalar de hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 5, 285-289

- Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of Medicine and Ethics*, 10, 124-127
- Calnan, M. (1987). *Health and Illness: The Lay Perspective*. Londres: Tavistock.
- Campbell A, Converse P, & Rodgers W. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Cardoso, J. (1996). *Desempenho e satisfação sexuais em sujeitos traumatizados vertebro-medulares*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.
- Cassel, E. (1982). *The nature of suffering and the goals of medicine*. New England Journal of medicine, 306, pp. 639-645.
- Castro, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gell*. Lisboa: McGraw Hill.
- Castro, E. K. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (3), 48-57.
- Chatterji, S., Ustun, B., Sadana, R., Mathers, C. & Murria, C. (2002). *The conceptual basis for measuring and reporting on health*. Gpe discussion paper No 45. Geneva: WHO.
- Chesney, M.A., Morin, M., & Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy.

Social Science & Medicine, 50, 1599-1605.

Chiattonne, H.B.de C. (2002). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In Angerami-Camon, V.A. (Org.). *Psicologia da Saúde - um novo significado para a prática clínica*. (pp. 73-165). São Paulo: Pioniera Thomson Learning.

Cleary, P.; Wilson, P. & Fowler, F. (1995). Health-related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. In Dimsdale, J. & Baum, A. (Eds.). *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis; a theoretical analysis. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.). *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 253-268). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climpesi Editores.

Compton, W. (2001). Toward a tripartite factor structure of mental health: well-being: subjective, personal growth, and religiosity. *The Journal of Psychology*, 135 (5), 486-500.

Conrad, P. (1985). The meaning of medications: Another look at compliance. *Social Science & Medicine*, 20, 29-37.

Coulehan, J. L., Schulberg, H. C., Block, M. R., Madonia, M. J., & Rodriguez, E. (1997). Treating depressed primary care patients improves their physical, mental and social functioning. *Archives of Family Medicine*, 157,(10), 1113-1120.

- Cramer J. (1994) Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12:1-13.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.
- Croyle, R. T. & Barger, S. D. (1993). Illness cognition. In S. Maes, H. Leventhal, & M. Johnston (Eds.), *International Review of Health Psychology* (Vol. 2, pp. 29-49). New York: Wiley.
- Cruz, M.M. (1998). Adesão do utente à prescrição do seu médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 15, 16-21.
- Damásio, A. (2000). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Belo
- DeLeon, P., Pallak, M., & Hefferman, J. A. (1982). Hospital health care delivery. *American Psychologist*, 37, 1340-1341. Horizonte: Fórum da Ciência.
- Delgado, A. & Lima, L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Delisa, J. A. (1992) *Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática*. São Paulo: Manole.
- Deneve, K. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124 (2), 197- 229.
- De Ridder, D. T. D., De Boer, B. J., Lugtig, P., Bakker, A. B., & Van Hooft, E. A. J. (2011). Not doing bad things is not equivalent to doing the right thing: Distinguishing between inhibitory and initiatory self-control. *Personality and Individual Differences*, 50, 1006-1011.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *The science of optimal happiness*. Boston: Blackwell Publishing.
- Diener, E., Diener, M. & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal striving, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (5), 926-935.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- DSM-IV, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (4.^a ed). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- Dubos, R. (1980). *Man adapting*. New Haven: Yale University Press.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.

- Engel (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5): 535-44.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Enlund, H., & Poston, J.W. (1987). Impact of patient noncompliance on drug costs. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 4, 105-111.
- Eraker, S.A., Kirscht, J.P., & Becker, M.H. (1984). Understanding and improving patient compliance. *Annals of Internal Medicine*, 100, 258-268.
- Ferreira, J. & Simões, A. (1999). Escalas de Bem-estar Psicológico. *Testes Psicológicos em Portugal*, 2, 100-21.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing & Health*, 15, 29-38.
- Fielding, R. (1987). Patients beliefs regarding the causes of myocardial infarction: implications for information giving and compliance. *Patient Education and Counseling*, 9, 121-34.
- Fillion, L., Kovacs, A., Gagnon, P. & Endler, N. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21(1), 17-34.
- Flanagan, J. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.

- Fleck, M.; Leal, O.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chamovich, E.; Vieira, G.; et al. (n.d.)
Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999, 21,21-8.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Fox, R. (1982). The need for a reorientation of clinical psychology. *American Psychologist*, 37 (9), 1051-1057.
- Freund, A., Johnson, S.B., Silverstein, J., & Thomas, J. (1991). Assessing daily management of childhood diabetes using 24-hour recall interviews: Reliability and stability. *Health Psychology*, 10, 200-208.
- Fries, J., & Spitz, P. (1990). The hierarchy of patient outcomes. In Spilker B. (Ed.) *Quality of life assessments in clinical trials.* (pp.25-35). New York: Raven Press.
- Galero, L. & Galero, S. (2006). Adesão ao Tratamento Psicofarmacológico. *Acta Paul Enferm*, 19 (3), 343-8.
- Galhordas, J. & Lima, P. (2004). Aspectos Psicológicos na Reabilitação. *Re(habilitar)*, n.º 0, pp. 37-45.
- Gallagher, E.J., Viscoli, C.M., & Horwitz, R.I. (1993). The relationship of treatment adherence to the risk of death after myocardial infarction in women. *The Journal of the American Medical Association*, 270, 742-744.
- Gameiro, S.; Corona, C.; Pereira, M.; Carnavaro, M.; Simões, M.; Rijo, D. et al. (2005). Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida na população geral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (1), 103-112.

- Glass, C. (1999). *Spinal cord injury: impact and coping*. Leicester: The British Psychological Society Books.
- Grégoire, J., Guibert, E., Archambault, A., & Contandriopoulos, A. (1997). Measurement of non-compliance to antihypertensive medication using pill counts and pharmacy records. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 14, 198-207.
- Grzesiak, R. & Hicok, D. (1994). A brief history of psychotherapy and physical disability. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 240-250.
- Guiteras, A. & Boyés, R.; Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In Forns, M & Anguerra, M. (Orgs). *Aportaciones recientes a la evaluación psicología*. Barcelona: Universites.
- Hamell, K. (1995). *Spinal cord injury rehabilitation*. London: Chapman e Hall.
- Headey, B. & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 731-739.
- Heijmans, M. & DeRidder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 485- 503.
- Helman, C. (1978). Feed a cold starve a fever – folk models of infection in na English suburban community and their relationto medical treatment. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, 107- 137.
- Herman, B. (1993). Developing a model of quality of life in epilepsy: The contribution of neuropsychology. *Epilepsia*, 34 (sup.4): S14-S21.

- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness*. Londres: Academic Press.
- Horley, J. (1984). Life Satisfaction, Happiness and Morale: Two problems with the use of Subjective Well being indicators. *The Gerontologist*, 24(2), 124-127.
- Hyland ME. (1992). A reformulation of quality of life for medical science. *Quality of Life Research*, 1, 267-272.
- Huchner, C. (2002). Subjective quality of life: validity issues with depressed patients *Acta psychiatrica Scandinavica*, 106, 62-70.
- Huppert, J. D., Weiss, K. A., Lim, R., Pratt, S., & Smith, T. E. (2001). Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, 51, 171-180.
- Inui, T.S., Carter, W.B., & Pecorado, R.E. (1981). Screening for noncompliance among patients with hypertension: Is self-report the best available measure? *Medical Care*, 19, 1061-1064.
- Johnson, S.B., Silverstein, J., Rosenbloom, A., & Cunningham, W. (1986). Assessing daily management in childhood diabetes. *Health Psychology*, 5, 545-564.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., & Akiskal, H. S. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *The Psychiatric clinics of North America*, 25, 685-698.
- Kaplan, R. & Anderson, J. (1990). The general health policy model: An integrated approach. In: B. Spilker (Edt.) *Quality of life assessments in clinical trials*. (pp.131-149). New York: Raven Press.

- Kaplan, H. & Sadock, B. (1984). *Compêndio de Psiquiatria dinômica*. Porto: Artes Médicas.
- Katschnig, H., & Angermeyer, M. C. (1997). Quality of life in depression. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.). *Quality of life in mental disorders* (pp. 137-148). New York: Wiley.
- Laderman, C. (1987). The ambiguity of symbols in the structure of healing. *Social Science and Medicine*, 24, 293- 301.
- Laine, C. & Davidoff, F. (1996). Patient- centered medicine: A professional evolution. *Journal of American Medical Association*, 275, 152-156.
- Langer, K. G. (1994). Depression and denial in psychotherapy of persons with disabilities. *American Journal of Psychotherapy*, 48 (2), 181-191.
- Lau, R.R. (1995). Cognitive representations of health and illness. In D. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behaviour Research*, vol.1, Nova Iorque: Plenum.
- Lau, R. R. & Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2, 167-86.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leal, I. (2006). Perspectivas em Psicologia da Saúde - 10 anos da Sociedade portuguesa de psicologia a saúde. In *Perspectivas em psicologia da saúde*. Isabel Leal (Org.). Coimbra: Quarteto Editora. (p. 13-28).
- Leidy, N.; Revicki, D.; Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health*, 2, 113-127.

- Leval, N. (1999). Quality of life and depression: Symmetric concepts. *Quality of Life Research*, 8, 283-291.
- Leventhal, H. & Nerenz, D. (1985). The assessment of illness cognition. In Karoly P. (Ed.), *Measurement Strategies in Health Psychology*, vol. 2, Nova Iorque, Pergamon, pp. 517-554.
- Leventhal, H.; Benyamini, Y. & Brownlee, S. (1997). Illness representations: theoretical foundations. In K. Petric j. & Weinman J. (Eds.). *Perceptions of health and illness*. Chur: Harwood.
- Leventhal, H., & Colman, S. (1997). Quality of life: a process review. *Psychology and Health*, 12, 753,767
- Ley, P. (1997). Compliance among Patients. In A, Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West e C. McManus (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Livneh, H. (1991). A unified approach to existing models of adaptation to disability: A modelo of adaptation. In Marinelli, R. & Orto, A. *The psychological and social impact of disability*. New York: Srringer Publishing Company.
- LoBianco, A.; Bastos, A.; Nunes, M.; & Silva, R. (1994). Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação* (pp.7-79). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Luas, R.E. & Diener, E. (2008). Personality and subjective well-being. In O.P. John, R.W. Robins & L.A. Perwin (Eds). *Handbook of personality psychology: theory and research* (3 rd ed, pp. 795-814). New York: Guilford Press.
- Maclean, L.; Plotnikoff, R. & Moyer, A. (2000). Transdisciplinary work with psychology from a population health perspective: na illustration. *Journal of Health Psychology*, 5 (2), 173-181.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology. Theory, research and practice*. London: Sage.
- Matarazzo, J. (1987). There is only one psychology, no specialities, but many applications. *American Psychologist*, 42 (10), 893-903.
- Matarazzo, J. (1984). Behavioral health: Na 1990's challenge for the health sciences professions. In J. D. Matarazzom N. E. Miller, S. M Weiss e J.A. Herd (eds.), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, Nova Iorque, Jonh Wiley, 3-40.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- McCombs, J.S., Nichol, M.B., Newman, C.M., & Sclar, D.A. (1994). The costs of interrupting antihypertensive drug therapy in a medicaid population. *Medical Care*, 32, 214-226.

- McIntyre, T. M. (1997). A psicologia da saúde em Portugal na viragem do século. *Psicologia: Teoria, Investigação & Prática*, 2, 161-178.
- McIntyre, T., & McIntyre, S. (1995). *State Trait Anxiety Inventory (STAI)* - versão de investigação. Braga: Universidade do Minho.
- McIntyre, T.; Pereira, M.; Silva, N.; Fernandes, S. & Correia, M. (1999). *Manual do Questionário de Avaliação da Satisfação do utente*. Porto: Administração Regional de Saúde- Norte.
- McQuaid, J. R., Stein, M. R., Laffaye, C., & McCahill, M. E. (1999). Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *Journal of Affective Disorders*, 55, 1-10.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New York: Plenum Press.
- Michael, J. (1982). The second revolution in health: health promotion and its environmental base. *American Psychologist*, 37 (8), 936-941.
- Millon, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. In T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 1-27). New York: Plenum Press.
- Moré, C.; Crepaldi, M.; Queiróz, A.; Wendt, N. & Cardoso, V. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1 (1): 59-75.
- Morisky, D., Green L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.

- Myers, S. & Benson, H. (1992). Psychological factors in healing: a new perspective on an old debate. *Behavioral Medicine*, 18, 5-11.
- Nerenz, D. & Leventhal, H. (1983). Self-regulation theory in chronic illness. in Burish T. e Bradley L. (Eds.). *Coping with Chronic Disease*. Nova Iorque: Academic Press.
- Nilsson, J.G. (2001). Concordance in practice. Common objectives for doctors, nurses and pharmacists in Sweden to improve adherence to prescribed medicines. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 18, 81-82.
- Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (No 22, pp. 5-28). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- O'Brien, M., Petrie, K., & Raeburn, J. (1992). Adherence to medication regimens: Updating a complex medical issue. *Medical Care Review*, 49, 435-454.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. (2.^a ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Olbrisch M. E. & Levenson J. (1995). Psychosocial assessment of organ transplant candidates: current status of methodological and philosophical issues, *Psychosomatics* 36, 236—243.
- Oliveira, R. (2001). *Psicologia clínica e Reabilitação Física*. Lisboa: ISPA.
- Oliveira, R. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação de sujeitos com incapacidade física adquirida. *Análise Psicológica*, 4, 437-455.
- Oliveira, R. (1998). *Do vínculo ao suporte social*. Dissertação de doutoramento à Universidade de Coimbra. Não publicado, Portugal.

- Oliveira, R. (1994). *Transformar o impossível – contributo para o estudo dos factores psicológicos dos doentes hemiplégicos vítimas de AVC*. Tese de Mestrado à Universidade de Coimbra, Portugal.
- Ordem Portuguesa dos Psicólogos (2011). *Evidência Científica sobre custo-efetividade de intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde*. Lisboa: OPP.
- Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Vonkorff M. (1997). Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects. *Social Science and Medicine*, 45, 1051-1063.
- Pául, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M. G. (2001). A Perspectiva Biopsicossocial na Avaliação em Psicologia da Saúde: Modelo Interdependente. *Teoria, Investigação e Prática*, 1-9.
- Pereira, G. (2009). O psicólogo no contexto de saúde: Modelos de colaboração. *Análise Psicológica*, 14, 357- 361.
- Pereira, M. G. & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 1, 35-43.
- Pierre, P. (1996). Aspects psychologiques et psychiatrics de l’amputation du membre inférieur et de sa prise en charge. In Codine, Burn, V. & André, J. (Eds). *Amputation du membre inférieur appareillage et rééducation*, pp. 443-450. Paris: Masson.
- Pierre, P. (1992). Troubles psychiques des amputés de membres. *Journal Réadaptation Médical*, 12, pp. 26-30.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. Londres: SAGE.

- Ramalhinho, I. (1994). *Adesão à terapêutica anti-hipertensiva*. Contributo para o seu estudo. Manuscrito não publicado, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Remor, E. A. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1),89-106.
- Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). Bem-Estar e Qualidade de Vida (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Ribeiro, J. (2005a). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação da percepção do estado de saúde*. Lisboa: Fundação Merck.
- Ribeiro, J. (2005b). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2.º ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J. (2002). A Qualidade de Vida Tornou-se um Resultado Importante no Sistema de Cuidados de Saúde. *Revista de Gastrenterologia & Cirurgia*, XIX (103),159-173.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*, 3, 547-558.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Ispa.
- Ribeiro, J. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução. In T. McIntire (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-55). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

- Ribeiro, J. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes jovens da cidade do Porto*. Phd Thesis. Porto: Edição do autor.
- Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia Clínica da Saúde. *Análise Psicológica*, 4, 589-599.
- Ribeiro, J. & Morais, R. (2010). Adaptação Portuguesa da Escala de Coping Resilente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11, 3-5.
- Ribeiro, J., & Ramos, D. (2002). Relação Entre Coping e Qualidade de Vida em Doentes com Cancro Colo-Rectal. In Leal, I. Cabral I. & Ribeiro J. (Eds). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.297-303). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. & Ribeiro, L. (2003). Estudo de validação de uma escala de autocontrolo físico para homens jovens adultos. *Análise Psicológica*, 4, 431-439.
- Ribeiro, J., & Sá, E. (2001). Impact of coping, functionality, and symptoms on the quality of life of haematological cancer patients. *Quality of Life Research*, 10 (7), 22.
- Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 71-82.
- Romano, B. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roter, D. (1977). Patient-participation in the patient-provider interaction: The effects of patient question-asking on the quality interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monographs*, 5, 281-330.

- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (4), 99-104.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 99-104.
- Saarijarvi, S., Salminen, J. K., Toikka, T., & Raitasalo, R. (2002). Health-related quality of life among patients with major depression. *Nord Journal of Psychiatry*, 56, 4261-4264.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Schipper, H., Chinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In: B. Spilker (Eds.) *Quality of life assessments in clinical trials*. (pp11-24). New York: Raven Press.
- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Shea, S., Misra, D., Ehrlich, M.H., Field, L., & Francis, C. K. (1992). Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *American Journal of Public Health*, 12, 1607-1612.
- Shilder, P. (1981). *A imagem do corpo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, LTDA.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice. Um novo público a educar*. Lisboa: Edições Ambar.

- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjetivo: Estado atual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV (2), 243-279.
- Simón, M.A. (1993). *Psicología de la Salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. [Health Psychology Clinical applications and interventions strategies]. Madrid: Piramide.
- Simon, G., Ormel, J., VonKorff, M., & Barlow, W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152, 352-357.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R., & Kunzmann, U. (1999). Well-being in very old age: Predictions from objective life conditions and subjective experience. In P. Baltes e K. Mayer (Eds.), *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100* (pp. 450-471). New York: Cambridge University Press.
- Smith, T. & Nicasso, P. (1995). Psychosocial practice in chronic medical illness: Clinical application of biopsychosocial Model. In P. Nicasso & T. Smith (Eds). *Managing Chronic illness* (pp. 1-32). Washington DC: APA.
- Schipper, H., Chinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In: B. Spilker (Eds.). *Quality of life assessments in clinical trials*. (pp11-24). New York: Raven Press.
- Spilker, B. (1990). Introduction. In B. Spilker (Eds.) *Quality of life assessments in clinical trials*. (pp3-9). New York: Raven Press.

- Steele, D.J., Jackson, T.C., & Gutmann, M. (1990). Have you been taking your pill? The adherence-monitoring sequence in the medical interview. *The Journal of Family Practice*, 30, 294-299.
- Stone, G. C. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35, 34-59.
- Suchman, E. (1965). Stages of illness and medical care. *Journal of Health and Social Behaviour*, 6, 2-16.
- Suh, E., Diener, E., & Fugita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (5), 1091-1102.
- Surgenor, L.; Horn, J.; Hudson, S.; Lunt, H. & Tennent, J. (2000). Metabolic control and psychological sense of control in women with diabetes mellitus: alternative considerations of the relationship. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 267-273.
- Taylor, S.E. (1986). *Health Psychology*. New York: Random House.
- Taylor, S.; Lichtman, R. & Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 499-502.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde, *Análise Psicológica*, 3, pp. 441-448.
- Tonetto, A. & Gomes, W. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos em Psicologia*, 1 (4), 91-98.
- Tov, W., & Diener, E. (2007; in press). The well-being of nations: Linking together trust, cooperation, and democracy. In B.A. Sullivan, M. Snyder, & J.L. Sullivan (Eds.)

Cooperation: The psychology of effective human interaction. Malden, MA: Blackwell Publishing.

Trindade, I. (2000). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. In Isabel Trindade, & José A. Carvalho Teixeira (Eds.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 37-46). Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários, 17.

Trindade, I. & Teixeira, J. (2002). Psicologia em serviços de saúde. Intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise Psicológica*, 20 (1), 171-174.

Turk, D. C.; Rudy, T. E. & Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 453-74.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J. et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 31-40.

Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I - Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.

Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica*, XX, 713-736.

Yeng, L.; Stump, P.; Kaziyama, H.; Teixeira, M.; Imamura, M. & Greve, J. (2001). Medicina Física e Reabilitação em Doentes com dor crónica. *Rev. Med*, 80, pp. 245-55.

- Ware, J. (1991). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronical Diseases*, 40 (6), 473-480.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life everts. *Journal of Health and Social behavior*, 27, 78-89.
- Wilson I. & Cleary D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *The Journal of The American Medical Association*, 273, 59-65.
- Wells, K. B., Stewart,A. L., Hayes, R. D., Burnam,A., Rogers,W., Daniels,M., et al. (1989). The function and well-being of depressed patients: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, (262), 914-919.
- Wolpert, L. (1999). *A psicologia da depressão*. Lisboa: Editorial Presença.
- World Health Organization. (2011). Rehabilitation. *World Health Organizations Chronicle*, 4, 95-133.
- World Health Organization, The constituion of World Health Organization. *World Health Organization Chronicle*, 1, 21, 1998.
- World Health Organization, The constituion of World Health Organization. *World Health Organization Chronicle*, 1, 21, 1995.
- World Health Organization, The constituion of World Health Organization. *World Health Organization Chronicle*, 1, 21, 1994.
- World Health Organization, The constituion of World Health Organization. *World Health Organization Chronicle*, 1, 21., 1985.
- Wright, E.C. (1993). Non-compliance – Or how many aunts has Matilda? *The Lancet*, 342, 909-013.

ANEXOS

ANEXO 1- Declaração de Consentimento Informado

Projecto de Investigação

INDICADORES PSICOLÓGICOS E DE QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM CONTRIBUTO PARA O TRABALHO DE EQUIPA NA PSICOLOGIA DA SAÚDE PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este projecto denominado, *Indicadores Psicológicos e de Qualidade de Vida de Pacientes no Contexto Hospitalar: Um Contributo Para o Trabalho de Equipa na Psicologia da Saúde*, enquadra-se no Doutoramento em Psicologia que me encontro a realizar pela Universidade da Madeira. Os objectivos principais desta investigação são: avaliar a qualidade de vida constituída por seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais) de pacientes que se encontram em tratamento no Serviço de Medicina Física e Reabilitação e na Unidade de Dor Crónica do Hospital Dr. Nélio Mendonça; analisar a presença de sintomatologia depressiva na população em geral; avaliar o impacto do grau de sintomatologia depressiva na Qualidade de Vida dos sujeitos da amostra e por fim, analisar a adesão aos tratamentos por parte destes sujeitos.

A participação neste estudo implica, o preenchimento de uma Ficha de Recolha de Dados Soció-Demográficos, do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-100 (Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T., 2006), do Inventário Depressivo de Beck (Vaz Serra, A. & Abreu, J., 1973) e da Medida de Adesão aos Tratamentos (Delgado, A.B. & Lima, M.L., 2001). Os dados resultantes deste estudo serão mantidos confidenciais, sendo divulgados publicamente apenas os resultados globais de indivíduos sem qualquer informação que leve à identificação dos respectivos participantes.

Consentimento: Fui informado e percebi os objectivos e procedimentos do estudo e concordo participar no projecto dando a minha autorização para que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima e confidencial em apresentações públicas, congressos científicos e publicações.

Local e Data _____

Assinatura do Participante _____

A investigadora _____

ANEXO 2- Pedido de Autorização para a realização do Estudo ao SESARAM, E.P.E.

Exm. Sr.

Presidente do Conselho de Administração do SESARAM, E.P.E.

Fátima Liliana Gouveia Roque, Psicóloga Clínica, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para realizar, no âmbito do Doutoramento em Psicologia que se encontra a realizar pela Universidade da Madeira, um projecto de investigação intitulado, Indicadores Psicológicos e de Qualidade de Vida de Pacientes no Contexto Hospitalar: Um Contributo Para o Trabalho de Equipa na Psicologia da Saúde, com os seguintes objectivos: avaliar a qualidade de vida constituída por seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais) de pacientes que se encontram em tratamento no Serviço de Medicina Física e Reabilitação e na Unidade de Dor Crónica do Hospital Dr. Nélio Mendonça; analisar a presença de sintomatologia depressiva na população em geral; avaliar o impacto do grau de sintomatologia depressiva na Qualidade de Vida dos sujeitos da amostra e por fim, analisar a adesão aos tratamentos por parte destes sujeitos.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e subscrevo-me

Atenciosamente,

Liliana Roque

(Psicóloga Clínica)

ANEXO 3 - Autorização do Conselho de administração do SESRAM, E.P.E. para realização do Estudo

Secretariado do C.A. do SESARAM

De: Secretariado do C.A. do SESARAM [cadmin@srs.pt]
Enviado: quinta-feira, 24 de Fevereiro de 2011 12:29
Para: 'roqueliliana1@gmail.com'
Cc: 'dir.cli@srs.pt'
Assunto: PEDIDO DE REALIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO
Anexos: parecer n. 16 comissão de ética.pdf

Exma. Senhora
Dra. Fátima Liliana Gouveia Roque

Relativamente ao pedido de autorização para a realização de um Projecto de Investigação intitulado "Indicadores Psicológicos e de Qualidade de Vida de Pacientes no Contexto Hospitalar: Um Contributo para o trabalho de Equipa na Psicologia da Saúde", no âmbito do seu Doutoramento em Psicologia, informo V. Ex.^a que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 24.02.2011, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde, do qual se junta fotocópia.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

António Almada Cardoso

ANEXO 4 - Caracterização do Projeto

Projecto de Investigação

INDICADORES PSICOLÓGICOS E DE QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM CONTRIBUTO PARA O TRABALHO DE EQUIPA NA PSICOLOGIA DA SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO

Este projecto de investigação intitulado, *Indicadores Psicológicos e de Qualidade de Vida de Pacientes no Contexto Hospitalar: Um Contributo Para o Trabalho de Equipa na Psicologia da Saúde*, enquadra-se no Doutoramento em Psicologia que me encontro a realizar pela Universidade da Madeira. Os objectivos principais desta investigação são: avaliar a qualidade de vida constituída por seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais) de pacientes que se encontram em tratamento no Serviço de Medicina Física do Hospital Dr. Nélio Mendonça; analisar a presença de sintomatologia depressiva na população em geral; avaliar o impacto do grau de sintomatologia depressiva na Qualidade de Vida dos sujeitos da amostra e por fim, analisar a adesão aos tratamentos por parte destes sujeitos.

Um dos pontos fortes da psicologia aplicada, nas suas diferentes disciplinas, reside no facto de propor intervenções baseadas em investigação sólida e que se pode justificar através da experiência empírica. Estes critérios são cada vez mais frequentemente exigidos aos profissionais de saúde, sendo solicitado aos mesmos que, para além de justificar a escolha do tratamento, também demonstrem alguma eficácia pessoal na sua aplicação. Para se avaliar a eficácia do trabalho dos psicólogos clínicos e da saúde são necessários instrumentos de medida psicológica.

A qualidade de vida, tal como a duração da vida, é agora uma questão que preocupa os profissionais de saúde. Esta importante mudança de ênfase na avaliação dos resultados resulta de um conjunto de pressões. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde em termos do bem-estar social, psicológico e físico. Marcando uma mudança significativa em relação à perspectiva anterior em que a saúde era vista apenas como a ausência de doença. Talvez ainda mais importante tenha sido a consciência de que algumas doenças crónicas, não podem ser

completamente curadas e que os tratamentos se devem dirigir à minimização da incapacidade associada ao processo de doença. Igualmente importante é a consciência de que, para um pequeno número de doenças, incluindo alguns cancros, o tratamento pode ser tão devastador que a decisão de intervir deve basear-se, não apenas na consideração do tempo de sobrevivência, mas também na qualidade de vida durante e após o período de tratamento.

Um outro sinal de que é necessário identificar e influenciar os factores psicológicos é manifesto nos efeitos que estes factores têm na doença e na reabilitação. Tem-se verificado de modo consistente que a depressão e a ansiedade influenciam a recuperação em várias doenças, quer no que se refere ao risco da progressão da doença quer quanto à fraca adesão ao tratamento ou a programas de reabilitação. De modo semelhante, para o desenvolvimento de intervenções o mais eficazes possível, pode ser necessário atender às diferenças nas crenças de auto-eficácia, nas representações de doença e nas representações sobre os tratamentos, ou a outros factores como o apoio social disponível. Nestes termos, há várias áreas em que a avaliação psicológica é importante para os cuidados de saúde adequados, incluindo: identificar os pacientes que se encontram em risco de obter fracos resultados devido a factores psicossociais; medir os resultados comportamentais e psicológicos de qualquer intervenção e as diferenças individuais e comportamentos de saúde.

As medidas tradicionais sobre a eficácia das intervenções médicas centraram-se nos resultados que incluíam morbidade futura, progressão da doença ou indicadores mais pragmáticos como, por exemplo, a readmissão hospitalar. Alguns autores argumentaram que estas medidas são necessárias como suficientes para a avaliação da eficácia de qualquer intervenção. Contudo, estes resultados “objectivos” não estão sempre relacionados com os relatos dos pacientes “bons” resultados clínicos não são necessariamente equivalentes a “bons” resultados referidos pelos pacientes. Estas diferenças indicam a necessidade de medir ambos os tipos de resultados, particularmente no caso das doenças crónicas, em que o tratamento médico pode resultar apenas numa melhoria parcial ou temporária dos sintomas. Desta forma, deve-se ter em consideração todos, ou quase todos, os aspectos que se apresentam de seguida: Psicológicos (depressão, ansiedade e adaptação à doença); Sociais (relações pessoais e sexuais e envolvimento nas actividades sociais e de lazer); Ocupacionais (capacidade para levar a cabo um emprego pago, capacidade para realizar tarefas caseiras) e Físicos (dor, mobilidade, sono, apetite e náusea e funcionamento sexual).

A participação nesta investigação implica, por parte de uma amostra de aproximadamente 200 utentes do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Dr. Nélio Mendonça, o preenchimento de uma ficha dedicada ao seu consentimento informado (anexo 1), onde será pedida a sua colaboração e apresentados os objectivos e as condições em

que poderão participar no estudo (anonimato, confidencialidade, participação voluntária), de uma ficha de recolha de dados socio-demográficos e o preenchimento dos instrumentos:

- 1) Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-Bref (Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T., 2006) (anexo 2);
- 2) Inventário Depressivo de Beck (Vaz Serra, A. & Abreu, J., 1973) (anexo 3);
- 3) Medida de Adesão aos Tratamentos (Delgado, A.B. & Lima, M.L., 2001) (anexo 4).

A aplicação destes instrumentos, deverá demorar aproximadamente cerca de 15 minutos a 20 minutos.

Mais se informa que os dados resultantes desta investigação serão mantidos confidenciais, sendo divulgados publicamente apenas os resultados globais de indivíduos sem qualquer informação pessoal que leve à identificação dos respectivos participantes.

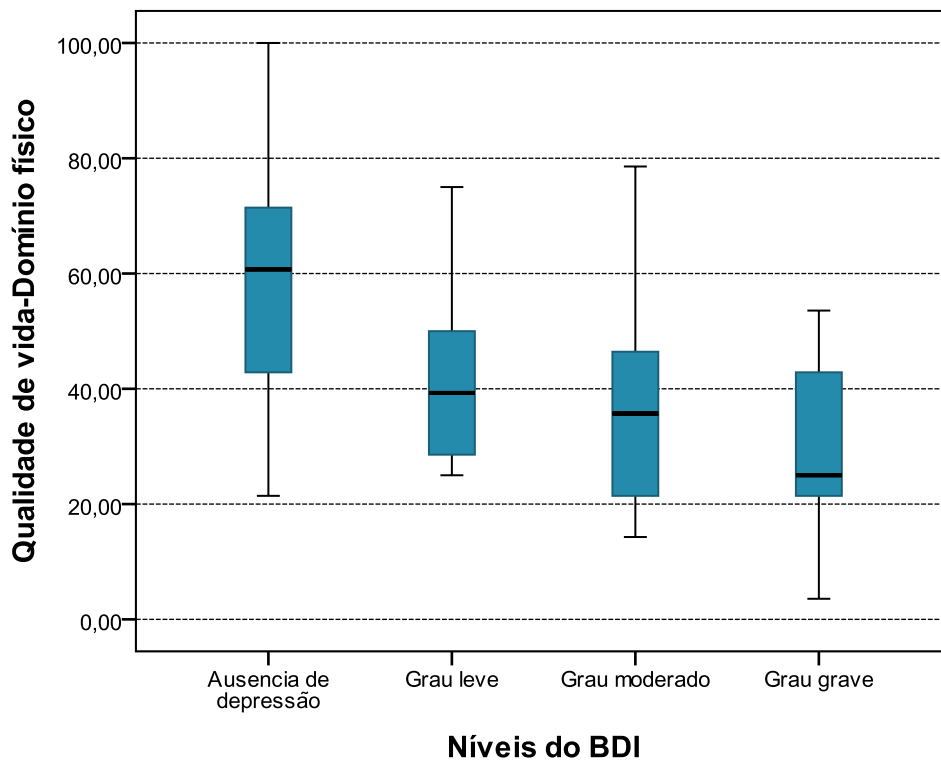
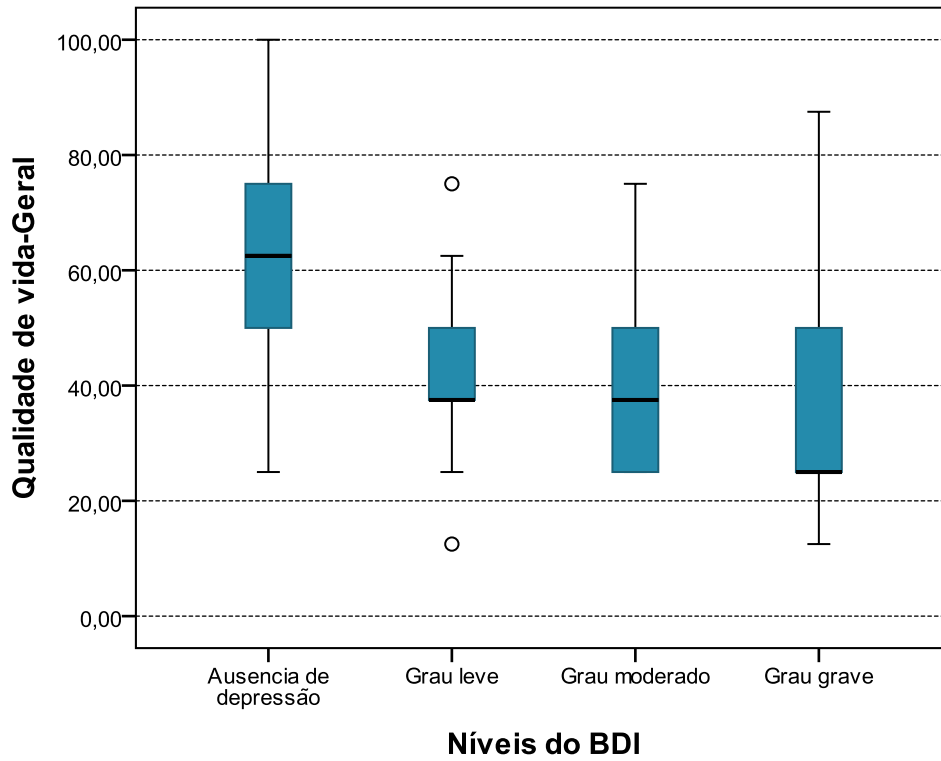
ANEXO 5 – Medida de Adesão aos Tratamentos (Delgado & Lima, 2001).

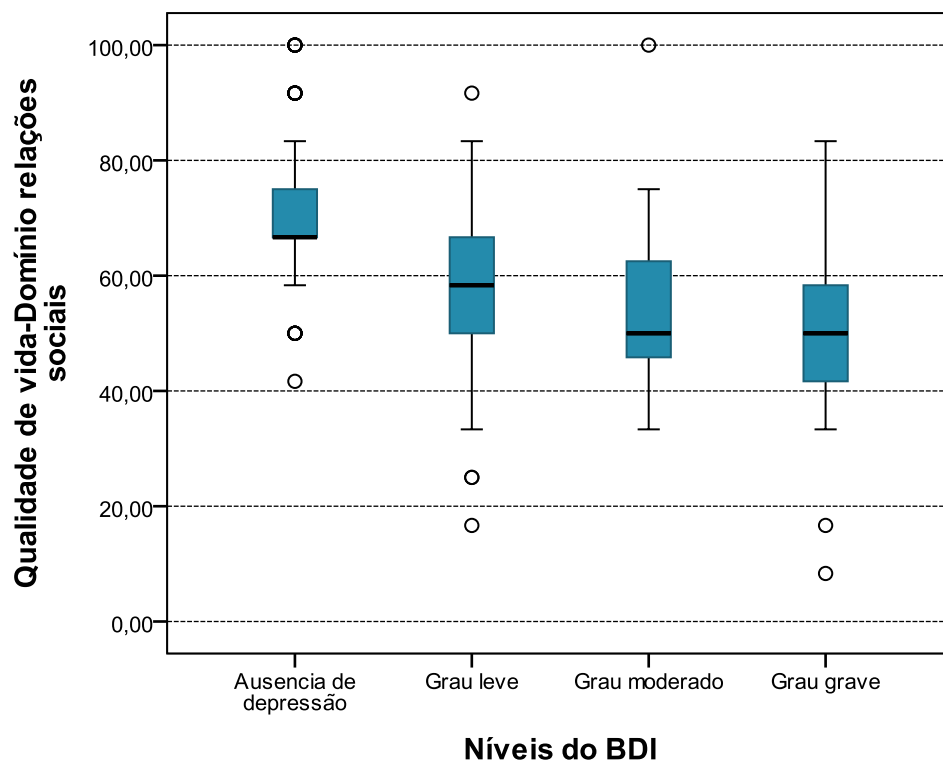
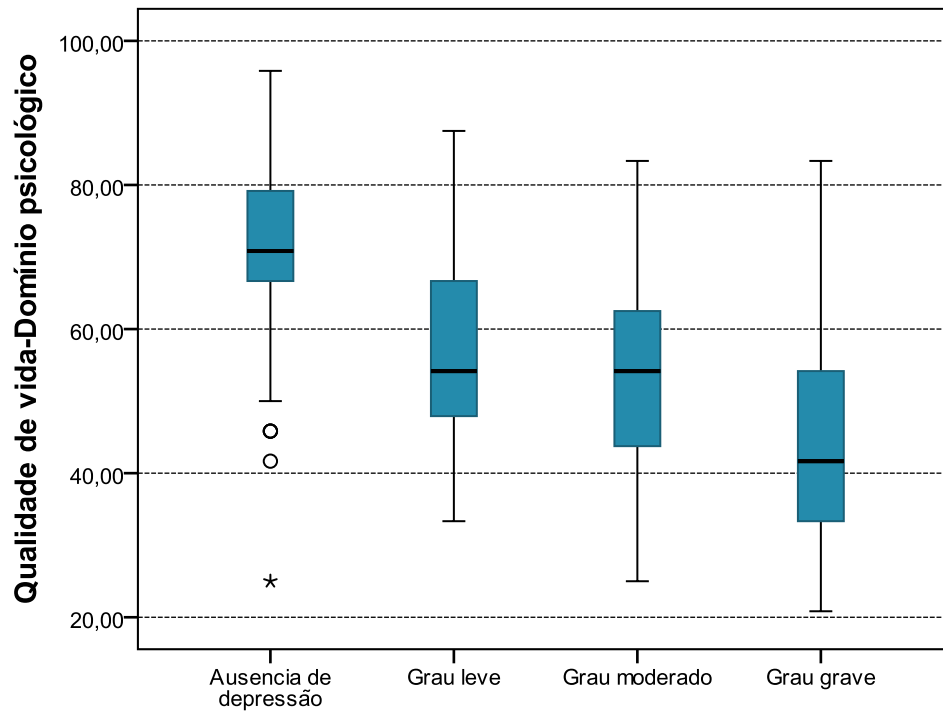
MEDIDA DE ADEÇÃO AOS TRATAMENTOS

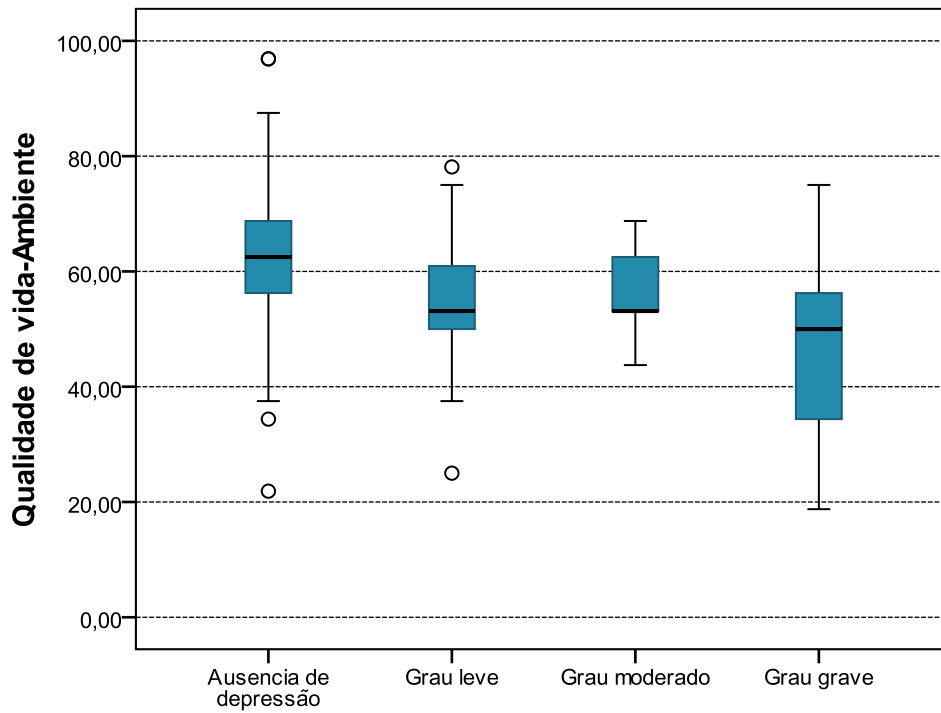
(Artur Barata Delgado & Maria Luísa Lima, 2001)

	Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	1	2	3	4	5	6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	1	2	3	4	5	6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	1	2	3	4	5	6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	1	2	3	4	5	6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	1	2	3	4	5	6

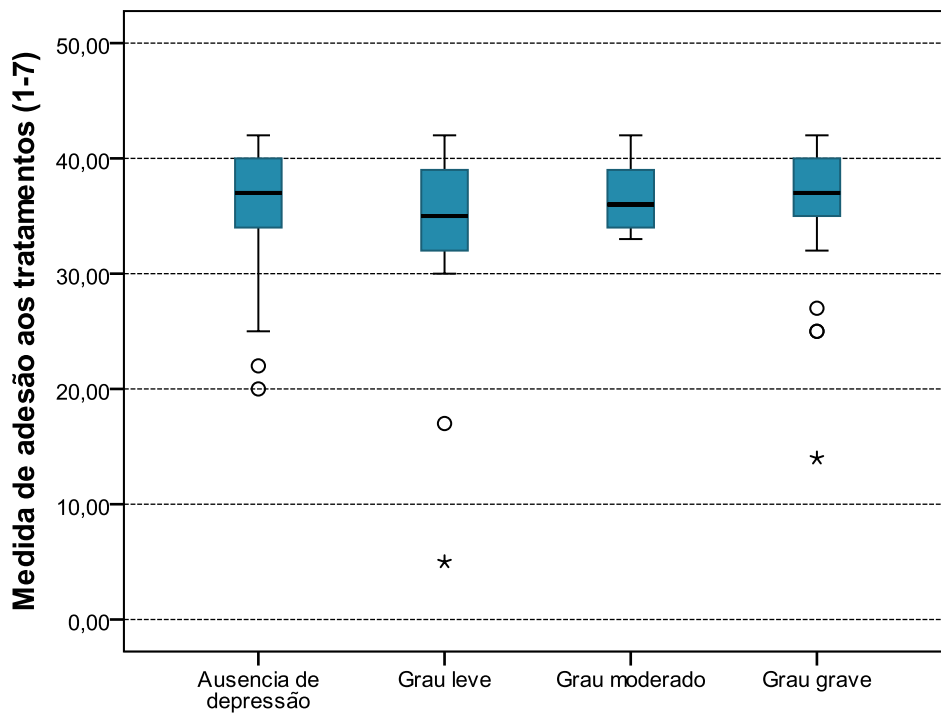
ANEXO 6- Gráficos de análise acerca do impacto do grau de sintomatologia depressiva na qualidade de vida e percepção geral da saúde







Níveis do BDI



Níveis do BDI

ANEXO 7 - Tabela de Categorização dos Motivos para Referenciação de utentes Médico-Psicólogo

Categorias Encaminhamento Médico Para Psicólogo	N.º de referências à categoria
C1 Tristeza/ Depressão	61
C2 Ansiedade/Nervosa	53
C3 Labilidade Emocional	18
C4 Sem vontade de viver	12
C5 Solidão	18
C6 Maus-tratos	9
C7 Suicídio Familiar	1
C8 Dores/Queixas álgicas	42
C9 Adaptação Doença Física	45
C10 Luto	3
C11 Alcoolismo próprio/familiar	5
C12 "Necessidade de falar"/ "Alguém para conversar"	5
C13 Adesão ao tratamento	10
C14 Problemas Sociais/Familiares	24
C15 Desorientação no discurso	3
C16 Problemas no trabalho	2
C17 Avolição	5